

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SOLANGE MEIRA DE SOUSA

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS NO
CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

CURITIBA

2019

SOLANGE MEIRA DE SOUSA

CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS NO
CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Doutora em
Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2019

Sousa, Solange Meira de

Contribuição do enfermeiro na integração dos cuidados no contexto das doenças crônicas não transmissíveis [recurso eletrônico] / Solange Meira de Sousa – Curitiba, 2019.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

1. Enfermagem. 2. Cuidados integrais de saúde. 3. Doenças crônicas. 4. Gestão de serviços de saúde. 5. Enfermeiras e enfermeiros. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **SOLANGE MEIRA DE SOUSA**, intitulada: **CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 24 de Junho de 2019.


ELIZABETH BERNARDINO
Presidente da Banca Examinadora


AIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UFPR)


MARCELO MARCONDES STEGANI
Avaliador Externo (ufpr)


LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES
Avaliador Interno (UFPR)


MARIA MANUELA FERREIRA PEREIRA DA SILVA
MARTINS
Avaliador Externo (ESEP)

Ao meu esposo **João Paulo de Sousa**, por toda paciência, carinho e compreensão em todos os momentos. Sem você não seria possível chegar até aqui. Obrigada pelo companheirismo e por me amparar nos momentos mais difíceis. Você me faz muito feliz! Amo você!

Ao meu filho amado **Miguel Meira de Sousa**, mesmo não compreendendo esse momento, você foi minha força e alegria diárias e foi por você que me reergui em cada dificuldade. Obrigada por ser meu presente diário! A você, todo meu amor!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por permitir chegar a esse momento e pela proteção e amparo.

A **Nossa Senhora**, por ser meu alento em todos os momentos.

À **Professora Doutora Elizabeth Bernardino**, obrigada por todo o conhecimento transmitido nesses anos em que tive o privilégio de conviver contigo e por acrescentar ao meu crescimento pessoal e profissional. Toda a trajetória nessa universidade só foi possível graças a seu apoio. Meu respeito e admiração pela sua serenidade, simplicidade, profissionalismo e pela forma como vê a vida.

À **Professora Doutora Maria Ribeiro Lacerda**, à **Professora Doutora Maria Manoela Martins** e à **Professora Doutora Luciana Schleder Gonçalves**, pelas sugestões na banca de qualificação, que foram essenciais e aprimoraram este estudo.

À **Professora Doutora Aida Maris Peres**, ao **Professor Doutor Marcelo Marcondes Stegani**, à **Professora Doutora Maria Manoela Martins** e à **Professora Doutora Luciana Schleder Gonçalves**, por aceitarem participar da banca de defesa e pelas valiosas contribuições.

À **Universidade Federal do Paraná** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela excelência do ensino e da pesquisa de qualidade. A todos os **docentes**, pelos ensinamentos.

Ao **Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS)**, pelos momentos de aprendizagem e reflexão.

Aos **profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba** por participarem deste estudo e contribuírem com suas experiências.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)** e ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo apoio financeiro.

Ao **Professor Doutor André-Pierre Contandriopoulos** pelo subsídio teórico para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus pais, **Neyde B. Meira** e **Donato M. Meira**, meus irmãos **Angela B. Meira**, **Tiago Meira**, **Lucas Meira** e **Marcos Meira**, minhas sobrinhas **Ketlyn Meira** e **Catarina Meira**. A ajuda e apoio de vocês foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Obrigada por todo esforço que fizeram, pelas inúmeras viagens e por todo suporte emocional que me deram! Amo vocês!

Aos meus sogros **Cladir Sousa** e **Antônio Sousa**, pelo apoio.

Aos amigos **Kyetlyn de Castro**, **Eduardo Sganderla**, **Simone Lotero**, **Roberto Lotero**, **Lucas Takemura**, **Marília de Brito**, **Ana Claudia A. Ferreira** e **Anna Carolina Gaspar**, pelo apoio e amizade, que tornaram esse percurso mais ameno.

Às amigas **Fernanda C. Utzumi** e **Gisele K. Aued**, pela parceria e amizade construídas ao longo desses anos.

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo". (Albert Einstein)

RESUMO

Introdução: Doenças Crônicas não Transmissíveis são situações complexas que exigem tratamento contínuo, individualizado e iniciativas para seu enfrentamento. Neste cenário, a integração dos cuidados representa uma possibilidade para garantir qualidade assistencial. Cada profissional de saúde deve delimitar sua prática; no que diz respeito ao enfermeiro isso compreende os cargos e funções que podem contribuir para a integração dos cuidados. **Objetivos:** Descrever a contribuição do enfermeiro na integração dos cuidados no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis; Identificar as estratégias de integração dos cuidados no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis; Representar a rede de cuidados de um Distrito Sanitário segundo as dimensões da integração. **Método:** Trata-se de um estudo de caso em que foram feitas entrevistas e analisados documentos e arquivos computadorizados; desenvolvido em um Distrito Sanitário do Município de Curitiba, com 34 participantes (coordenadores e enfermeiros assistenciais) informantes-chave com experiência na gestão e no cuidado. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2016 e junho de 2017. Para a organização dos dados, utilizou-se o software MAXQDA®, versão 2018. Os dados foram analisados à luz do referencial da integração dos cuidados e confrontados com proposições teóricas e os objetivos do estudo. **Resultados:** As dimensões da integração (Sistêmica, Normativa, Funcional, Equipe Clínica e Cuidados) e suas características foram as categorias e subcategorias, respectivamente, previamente definidas. Destacam-se como contribuições do enfermeiro sua atuação como coordenador no distrito, sua autonomia no planejamento do cuidado, sua articulação junto à equipe e o maior quantitativo de enfermeiros exercendo cargos de coordenadores. Quanto às estratégias de integração para atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis, destacam-se a organização do distrito por meio das coordenações, coordenações informais, Plano Municipal, Plano Operativo Anual, Sistema de Informação, Central de Atendimento ao Usuário, articulação do coordenador local com sua equipe, tecnologias para otimizar o cuidado e mecanismos de apoio e gestão. **Discussão:** A coordenação é um eixo que interliga o distrito entre si e com os demais componentes da rede, conferindo-lhe uma logística que promove a integração dos cuidados. A coordenação, além de estratégia para o distrito no que diz respeito à integração, pode ser recurso valioso para legitimar a integralidade na rede. **Considerações finais:** Independentemente da lente utilizada para analisar um contexto, os profissionais de saúde devem produzir sentido às suas práticas; por essa razão infere-se que as coordenações, especialmente o trabalho humano por elas representado, destacam-se como ferramentas importantes para um cuidado contínuo e de qualidade. O enfermeiro insere-se nesse contexto tanto quantitativamente, devido ao número de coordenadores com essa formação, quanto qualitativamente, considerando seu exercício como coordenador e enfermeiro, denotando versatilidade, pois se adapta às transformações do Sistema de Saúde. Confirma-se, portanto, a tese de que a Rede de Atenção à Saúde tem a finalidade de atender às necessidades de saúde dos usuários de um determinado território, com uma estrutura que sustenta as interações entre os serviços e entre os profissionais, destacando-se o enfermeiro como o profissional que contribui de maneira significativa para a integração dos cuidados no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados Integrals de Saúde; Doenças Crônicas;
Gestão de Serviços de Saúde; Enfermeiras e Enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Non-Communicable Diseases are complex conditions, demanding ongoing, individualized treatment, as well as initiatives to cope with them. In this scenario, care integration means a possibility to ensure the quality of care. Each health professional must delimit his/her practice; concerning nurses, this entails positions and functions, which may contribute to care integration. **Objectives:** To describe nurses' contribution to care integration in the context of Chronic Non-Communicable Diseases; To identify the strategies of care integration in the context of Chronic Non-Communicable Diseases; To represent the care network of a Sanitary District according to its integration dimensions. **Method:** It is a case study with interviews and review of documents and computer files; carried out at a Sanitary District in the Municipality of Curitiba, 34 participants (coordinators and bedside nurses), key informants experienced in management and care. Data collection was carried out between August 2016 and June 2017. MAXQDA® Software, 2018 version, was used for data organization. Data were analyzed in light of care integration background, and confronted with the theoretical propositions and study objectives. **Results:** Integration dimensions (Systemic, Normative, Functional, Clinical Team and Care) and their features were the previously defined categories and subcategories respectively. It can be pointed out, as nurses' contribution, their performance as District coordinators, their autonomy in care planning, their articulation with the team and greater amount of nurses in coordination positions. Regarding the integration strategies for caring Chronic Non-Communicable Diseases, it can be pointed the District organization, by means of the coordinations, informal coordinations, the Municipal Plan, the Yearly Operational Plan, Information System, User Service Center, articulation of the local coordinator with his/her staff, technologies to optimize care and mechanisms of support and management. **Discussion:** The coordination is the axis that connects the District with itself and with the other network components, resulting in the logistics to promote care integration. In addition to be strategic for the District integration, the coordination can be a valuable resource to legitimize the network integrality. **Final considerations:** Disregarding the view used to analyze a context, health professionals must add meaning to their practices; therefore, coordinations, specially the humanized care that they stand for, are important tools for ongoing, quality care. Nurses are inserted in this context not only quantitatively, due to the number of coordinators with this qualification, but also qualitatively, considering their position as coordinators and nurses, showing versatility, as they get adapted to the changes in the Healthcare System. Therefore, the idea that the Healthcare Network aims to meet users' healthcare needs at a certain territory is corroborated, with a structure that supports the interactions between services and professionals, and nurses stand out as the professionals who contribute significantly to care integration in the context of Chronic Non-Communicable Diseases.

Keywords: Nursing; Comprehensive Health Care; Chronic Disease; Health Services Administration; Nurses.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	COORDENAÇÃO COLETIVA	27
FIGURA 2 –	SISTEMA DE VALORES, ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E SISTEMA CLÍNICO	28
FIGURA 3 –	PRINCIPAIS DIMENSÕES DE UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE	29
FIGURA 4 –	INTER-RELAÇÃO DOS NÍVEIS MACRO, MESO E MICRO COM AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO	32
FIGURA 5 –	CASO DISTRITO SANITÁRIO	50
FIGURA 6 –	MATRIZ DE UM DISTRITO SANITÁRIO	51
FIGURA 7 –	DISTRIBUIÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE SAÚDE DE CURITIBA	53
FIGURA 8 –	REPRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DO MAXQDA	58
FIGURA 9 –	DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - ORGANIZAÇÃO DE UM DISTRITO SANITÁRIO	60
FIGURA 10 –	RESUMO DO MÉTODO	62
FIGURA 11 –	REDE DE CUIDADOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO	77
FIGURA 12 –	INTER-RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO NA REDE DE CUIDADOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO	79
FIGURA 13 –	FRAGILIDADES NA REDE DE CUIDADOS EM UM DISTRITO SANITÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO	81
FIGURA 14 –	FLUXO DOS USUÁRIOS NO DISTRITO SANITÁRIO	83
FIGURA 15 –	REDE DE CUIDADOS DO DISTRITO SEGUNDO AS PROPOSIÇÕES	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DOCUMENTOS E ARQUIVOS ANALISADOS.....	56
QUADRO 2 – CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS....	72
QUADRO 3 – ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO	73
QUADRO 4 – INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS SEGUNDO OS OBJETIVOS	86

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO À IDADE, SEXO, ÁREA DE FORMAÇÃO, TEMPO NO SERVIÇO, CARGO EXERCIDO E QUALIFICAÇÃO - CURITIBA, 2019.	63
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS COORDENADORES QUANTO À IDADE, SEXO, ÁREA DE FORMAÇÃO, TEMPO NO SERVIÇO E QUALIFICAÇÃO - CURITIBA, 2019.	64
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À IDADE, SEXO, TEMPO NO SERVIÇO E QUALIFICAÇÃO - CURITIBA, 2019.....	64
TABELA 4 – FREQUÊNCIA DOS SEGMENTOS CODIFICADOS - CURITIBA, 2019	67
TABELA 5 – FREQUÊNCIA DOS SEGMENTOS CODIFICADOS ENTRE OS COORDENADORES -	68
TABELA 6 – FREQUÊNCIA DOS SEGMENTOS CODIFICADOS ENTRE OS ENFERMEIROS -	69
TABELA 7 – DOCUMENTOS CODIFICADOS - CURITIBA, 2019	70
TABELA 8 – DOCUMENTOS CODIFICADOS: COORDENADORES - CURITIBA, 2019.....	71
TABELA 9 – DOCUMENTOS CODIFICADOS: ENFERMEIROS - CURITIBA, 2019	72

LISTA DE SIGLAS

APS	– Atenção Primária em Saúde
Capes	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil
CNPq	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Coap	– Contrato Organizativo de Ação Pública
DCNT	– Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
ETC	– Et cetera
MS	– Ministério da Saúde
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	– Organização Mundial de Saúde
POA	– Plano Operativo Anual
RAS	– <i>Redes</i> de Atenção à Saúde
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UPA	– Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1 PROBLEMÁTICA.....	18
2 OBJETIVOS	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	26
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
4.1 INTEGRALIDADE E INTEGRAÇÃO	33
4.2 A REDE DE ATENÇÃO COM ÊNFASE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	39
4.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	45
5 MÉTODO	49
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	49
5.2 LOCAL DO ESTUDO	50
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	54
5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	54
5.4.1 Protocolo do estudo de caso.....	54
5.4.2 Caso piloto	54
5.4.3 Coleta de dados	55
5.5 ANÁLISE DE DADOS	57
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	60
5.7 RESUMO DO MÉTODO	62
6 RESULTADOS	63
6.1 CARACTERIZAÇÃO	63
6.2 CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO E REDE DE CUIDADOS	66
7 DISCUSSÃO.....	88
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	88
7.2 CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	89
7.3 ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO EM REDE	94
7.4 REDE DE CUIDADOS DO DISTRITO SANITÁRIO	105
7.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO	108

8	SOBRE AS PROPOSIÇÕES INICIAIS E A TESE DEFENDIDA.....	109
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
10	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FRAGILIDADES DA REDE DE CUIDADOS	116
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICE 1– INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA	133
	APÊNDICE 2– ROTEIRO PARA VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS E	
	ARQUIVOS COMPUTADORIZADOS.....	136
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	137
	APÊNDICE 4	146
	QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO -	
	INTEGRAÇÃO SISTÊMICA.....	146
	QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO –	
	INTEGRAÇÃO NORMATIVA.....	148
	QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO -	
	INTEGRAÇÃO FUNCIONAL	152
	QUADRO 8 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO -	
	INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA	157
	QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO -	
	INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	162
	ANEXO - PARECERES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA	169

APRESENTAÇÃO

As experiências pessoais vivenciadas desde a graduação (2005-2009) despertaram a afinidade pelo gerenciamento e por todo o leque de possibilidades que ele confere ao enfermeiro, sobretudo com os estágios finais, nos quais há a possibilidade de colocar os conhecimentos adquiridos em sala de aula em prática, com maior ênfase no gerenciamento do cuidado de enfermagem. Após o término da graduação, iniciei no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (2011-2012), na área de concentração cardiovascular em uma unidade funcional, o que permitiu maior aproximação com o gerenciamento, sobretudo sua prática voltada para o cuidado de enfermagem.

Essa vivência prática da residência trouxe uma inquietação sobre o modelo gerencial adotado nesse hospital e como esse modelo poderia responder operacionalmente aos fundamentos sobre os quais havia sido criado – a integralidade e a lógica da linha de cuidado – para alcançar o objetivo de oferecer um cuidado integral aos usuários ali atendidos.

Nesse sentido, desenvolvi minha dissertação no curso de mestrado da Universidade Federal do Paraná (2013-2014) em uma unidade funcional que busca a assistência de qualidade relacionada às especialidades de cardiologia e pneumologia, e, portanto, condições crônicas a elas relacionadas. Buscando responder a esses questionamentos, conclui nesse estudo, entre outros aspectos, que o gerenciamento de enfermagem é uma das estratégias para alcançar o cuidado integral (SOUZA, 2014).

No entanto, foi possível observar que a assistência de qualidade encontra obstáculos para sua efetividade quando existe dificuldade de integração entre os serviços e profissionais de saúde, o que dificulta a consolidação da integralidade. Foi possível ainda inferir que o percurso assistencial obstruído muitas vezes por burocracias ou outros entraves dificulta o atendimento das necessidades de saúde, e um manejo inadequado das condições crônicas.

Ao ingressar no doutorado, no ano seguinte, tive a oportunidade de repensar a respeito dessas fragilidades observadas no mestrado e, tendo em vista a necessidade de estudar outros pontos da rede de atenção, a proposta de estudo aqui apresentada surge dessas constatações anteriores juntamente com outras reflexões,

particularmente no que se refere à integração dos cuidados às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), principalmente pelas características dessas doenças, que se destacam pela alta incidência, longa duração, exigindo, assim, cuidados mais integrados e em rede, o que exige alto investimento pelo Estado.

Este estudo é parte integrante do projeto multicêntrico coordenado pela Professora Doutora Elizabeth Bernardino, intitulado “Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro”, financiado pelo edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e se insere na Linha de Pesquisa “Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

O presente trabalho foi desenvolvido com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES)-Código de Financiamento 001.

Inicialmente é destacada a problemática da pesquisa, contextualizando o assunto a partir da integração, bem como os objetivos pretendidos. No capítulo seguinte, tem-se uma explanação a respeito do referencial teórico adotado (Integração dos cuidados) e, na sequência, uma revisão de literatura a respeito de assuntos julgados pertinentes a esta proposta, compreendendo integralidade e integração, a rede de atenção às DCNT e a atuação do enfermeiro nas redes de atenção às DCNT. Em seguida, é descrito o método utilizado neste estudo. Finalmente, os próximos capítulos trazem os resultados deste estudo, a discussão dos achados e as considerações finais.

1 PROBLEMÁTICA

O direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, implica a implementação de políticas de saúde para qualificar ações de saúde com o objetivo de um cuidado integral. No entanto, esse cenário é caracterizado por constantes desafios, entre os quais figuram transformações ocorridas nas últimas décadas, tais como doenças infecciosas, mortalidade relacionada a causas externas como violência e acidentes, aumento na incidência de DCNT¹, em decorrência em parte da mudança no perfil epidemiológico consequente do envelhecimento da população, entre outros aspectos. Atrelado a isso, a fragmentação na assistência num contexto de escassez de recursos físicos adequados é uma situação que exige proatividade e flexibilidade de adaptação dos sistemas de saúde (ARAUJO, 2012; BRASIL, 2010; DUARTE; BARRETO, 2012; GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014; LOPES *et al.*, 2014; MASCARENHAS; BARROS, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS)² se constitui em um modelo assistencial centrado no usuário, voltado para a defesa da saúde e da vida das pessoas, sendo, para tanto, é balizado por princípios e diretrizes que norteiam as ações em saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. Nesse âmbito, a integralidade³, prevista como diretriz do SUS, subentende ações preventivas e curativas, individuais e coletivas com vistas ao atendimento das necessidades de saúde (PAIM, 2012; GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014; VIEGAS; PENNA, 2015a; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

A concepção defendida nesse trabalho é de que a integralidade da atenção está vinculada objetivamente à integração dos serviços, considerando todos os níveis de atenção, de forma não fragmentada, e numa condição de interdependência, pois

¹Entre todos os problemas de saúde, optou-se por dar enfoque nesse estudo às DCNT. A necessidade de uma abordagem integral e de estudos voltados para outras situações e contextos de saúde é indiscutível, entretanto as DCNT são situações que se apresentam com longa duração ou duração incerta, têm várias etiologias associadas, exigem tratamento contínuo e individualizado, que, geralmente, não levam à cura, ocasionando, assim, altos custos ao sistema de saúde, exigindo iniciativas para seu enfrentamento.

²Os termos – Sistema Único de Saúde (SUS), sistema Nacional, sistema de saúde e sistema - utilizados neste estudo são equivalentes. O SUS foi instituído pela Lei 8.080/90 e se constitui no modelo de assistência do Brasil.

³Atendimento integral é uma diretriz do SUS, também conhecida como integralidade da atenção (PAIM, 2012), portanto os dois termos serão utilizados representando o mesmo significado.

³Atendimento integral é uma diretriz do SUS, também conhecida como integralidade da atenção (PAIM, 2012), assim, os dois termos serão utilizados representando o mesmo significado.

nenhum dispositivo e nenhum profissional dispõem de todos os recursos necessários para a solução dos problemas de saúde (ARAUJO, 2012; CECÍLIO; MERHY, 2003; VIEGAS; PENNA, 2015a; GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Cada vez mais há constatação de que o discurso ideológico dessa diretriz não satisfaz as demandas em saúde e não a torna possível no campo prático, ao contrário, a integralidade é operacionalizada quando ações integradas respondem de maneira clara às necessidades de saúde dos indivíduos, que reflitam eficazmente na qualidade de vida das pessoas (VIEGAS; PENNA, 2015a; CARNUT, 2017; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). Tais ações são concretizadas pelo trabalho desenvolvido pelos profissionais nos vários dispositivos de saúde, exigindo, para tanto, além de estrutura física que permita o envolvimento de todos, recursos humanos aptos a coordenar estratégias favoráveis a uma assistência integral.

Em que pesem os avanços do SUS nos últimos anos, destacando-se a Atenção Primária em Saúde (APS) como via de entrada no sistema, ainda é notória a dificuldade em superar a fragmentação da assistência e em qualificar a gestão do cuidado. Diante disso, a reorganização do sistema nas Redes de Atenção à Saúde⁴ (RAS), que compreendem ações e serviços de saúde articulados em nível de complexidade crescente, com a finalidade de garantir o atendimento integral, é uma estratégia para reestruturação da organização, qualidade e atenção prestada (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a; SANTOS, 2017). Quanto maior for a demanda por serviços de saúde que atendam necessidades cada vez mais complexas, maior é a necessidade da integração dos cuidados para que o sistema opere de maneira conectada, com fluxos contínuos (AXELSSON; AXELSSON, 2006). Da mesma forma, a integração dos cuidados demanda atendimento em rede para que os serviços e os profissionais operem de maneira articulada pelo sistema, ou seja, há uma relação mútua.

Nesse cenário, a integração dos cuidados representa uma das respostas aos grandes problemas dos sistemas de saúde, com possibilidade de gerar ganhos na qualidade assistencial e proporcionar melhores resultados em saúde (WHO, 2008; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Isso de

⁴Os termos - Rede de Atenção à Saúde (RAS), rede de atenção, rede de cuidados, redes e rede - utilizados neste estudo são equivalentes.

fato, conduziu o seu agendamento político em muitos países (GRONE; GARCIA-BARBERO, 2001; LLOYD; WALT, 2005; LONGPRÉ *et al.*, 2014), pois a integração deficitária entre cuidados primários, secundários e terciários resulta em ineficiência e falta de qualidade (WHO, 2008).

Em revisão a respeito do assunto, Armitage (2009) aponta que o significado de integração difere diante de um contexto ou outro, podendo esse aspecto pode dificultar sua compreensão. Sob essa perspectiva, vários estudos (ARMITAGE, 2009; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013; VALENTIJN *et al.*, 2015; EVANS *et al.*, 2014) têm sido desenvolvidos para contribuir com um melhor entendimento acerca do assunto.

Considerando que não há uma única definição para a integração em saúde e tampouco uma forma de operacionalização perfeita para o termo, tendo em vista existirem 175 formas diferentes de conceituá-la (ARMITAGE, 2009), propõe-se, neste estudo, uma análise da integração em uma região de saúde sob as lentes do Modelo de Rede Integrada de Cuidados⁵ (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Esse modelo teórico pressupõe a integração como um processo que envolve a criação e a manutenção de uma estrutura comum entre partes independentes - indivíduos ou organizações - com o propósito de coordenar sua interdependência no sentido de permitir um projeto coletivo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Essa definição corrobora ainda a da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), que a compreende como formas de interligação e cooperação na prestação e como garantia de continuidade assistencial aos indivíduos, tendo em vista eficiência nas respostas e resultados satisfatórios em saúde (WHO, 2008).

Nessa perspectiva, a integração é considerada dentro de três contextos - um **sistema de valores**, uma **estrutura organizacional** e um **sistema clínico** -, que, articulados entre si, resultam em um sistema integrado, que comporta **cinco dimensões**, a saber: integração de cuidados, integração da equipe clínica, integração funcional, integração normativa e integração sistêmica. As quatro primeiras dimensões dizem respeito à interação entre os indivíduos e as organizações em uma

⁵As expressões- *Modelo de Rede Integrada de Cuidados*, *sistema integrado de cuidados* e *sistema integrado* - utilizadas neste estudo equivalem ao referencial teórico adotado, e, portanto serão utilizadas indiscriminadamente.

situação de interdependência, e a última dimensão estabelece relações entre um ambiente local com o sistema mais amplo. As dimensões da integração procuram estabelecer coerência entre o sistema de valores, a estrutura organizacional e o sistema clínico, de forma a criar uma estrutura na qual profissionais e serviços interagem (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

O sistema de valores compreende normas e regras necessárias ao desempenho de todo o sistema. Contempla a estrutura organizacional no que diz respeito a seu funcionamento de forma a ofertar uma assistência de qualidade. Por fim, no sistema clínico, o cuidado é operacionalizado mediante a sinergia de todos esses aspectos.

No entanto, a definição de integração representa uma abstração no cenário da saúde e, por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde tem dado grande destaque ao tema. Entre outros argumentos que atribuem à integração tal importância, a OMS destaca que os indivíduos devem receber os cuidados de que precisam e, para tanto, a organização e a gestão dos serviços de saúde devem estar voltadas para esta finalidade. Dessa forma, compreende-se a integração voltada a questões práticas, devendo ser visualizada em um continuum, de maneira que a organização dos serviços e as ações de saúde priorizem em todo o tempo um atendimento de boa qualidade, devendo ainda esses serviços ser conectados entre si, de modo que as pessoas que deles necessitarem possam recorrer a eles sem dificuldades (WHO, 2008).

Para este estudo, foi escolhido um Distrito Sanitário do Município de Curitiba. Curitiba está localizada no estado do Paraná, tem, aproximadamente, 1.751.907 habitantes, sendo um dos locais que apresentam um modelo de atenção que tem procurado avançar na consolidação do SUS, com sua reorientação em 2001 considerando o conceito de Sistema Integrado de Serviços de Saúde, por meio da integração em *rede* (CURITIBA, 2019).

Entre as agendas discutidas e que demandam resolução pelo setor da saúde, as DCNT estão entre os problemas de maior relevância. Em 2016, estima-se que 41 milhões de mortes tenham ocorrido em consequência das DCNT, representando 71% das mortes em todo o mundo. A maioria dessas mortes teve como causa as quatro principais DCNT: doença cardiovascular (44% de todas as mortes por DCNT); câncer (22%); doença respiratória crônica (9%); e diabetes (4%) (WHO, 2018). Em Curitiba,

assim como em várias localidades do Brasil, as DCNT refletem esse mesmo panorama mundial, mostrando aumento na prevalência de doenças cardiovasculares e diabetes, assim como no número de internações por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (CURITIBA, 2016a).

Diante da realidade, na qual imperam, de um lado, a complexidade de vários problemas de saúde, e de outro, a falta de resolutividade pela fragmentação na assistência, cada profissional de saúde é incumbido de delimitar de maneira mais evidente e eficaz sua prática profissional. No que diz respeito ao enfermeiro, essa prática abarca todos os cargos e funções que lhes são atribuídos e que podem contribuir individual e coletivamente com a continuidade do cuidado.

A enfermagem tem ampliado seu espaço de atuação na área de saúde, nacional e internacionalmente, tendo no enfermeiro um profissional cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado dos indivíduos, promoção e proteção da saúde em seus múltiplos contextos. Dessa forma, tem-se o cuidado de enfermagem como um dos elementos do sistema de saúde local, com importante repercussão no sistema de saúde mais amplo (BACKES *et al.*, 2012; MAFFISSONI *et al.*, 2018; THUMÉ *et al.*, 2018) e com potencial para operar melhorias veiculadas à obtenção de uma assistência integral, continuada e que responda aos problemas em evidência na saúde.

Neste aspecto, ocorre que a enfermagem transita em todos os serviços e tem vasto campo de saber para agir nos mais variados contextos, tanto no que se refere às ações de promoção da saúde, quanto às medidas de tratamento e reabilitação. Concernente a isso, é relevante destacar a inserção do enfermeiro na APS (ACIOLI *et al.*, 2014; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2015; BRAULT *et al.*, 2014; DOMBROWSKI; PONTES; ASSIS, 2013; CORRALES-NEVADO *et al.*, 2012), bem como a importância do seu processo de trabalho retratado em vários estudos com enfoque na atenção às DCNT (CASS; BALL; LEVERITT, 2014; GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014; HOEPFNER *et al.*, 2014; MIGUÉLEZ-CHAMORRO; FERRER-ARNEDO, 2014; TRAVAGIM *et al.*, 2010; BECKER *et al.*, 2018; RIBAS *et al.*, 2018).

Embora o enfermeiro esteja inserido em uma equipe composta por vários profissionais de saúde, ele é capacitado para ser o articulador e coordenador do cuidado. Quando esses aspectos estão voltados para a APS, a literatura traz diversos apontamentos acerca da sua prática profissional, tanto no que se refere à habilidade

para responder de maneira eficaz às demandas de indivíduos em situação crônica, como às possibilidades de coordenação dos cuidados de maneira continuada (CORRALES-NEVADO *et al.*, 2012; CASS; BALL; LEVERITT, 2014; GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014; HOEPFNER *et al.*, 2014; MIGUÉLEZ-CHAMORRO; FERRER-ARNEDO, 2014; TRAVAGIM *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva de coordenação dos cuidados, o gerenciamento se traduz em importante ferramenta para o cuidado de forma integral e contínua (FELLI; PEDUZZI, 2012). Assim, a produção do cuidado de enfermagem, que abrange o gerenciamento feito pelo enfermeiro e os elementos a ele relacionados como tomada de decisão, liderança, comunicação, deve ter por objetivo o atendimento das necessidades de saúde de cada indivíduo.

Considerando o exposto, esta pesquisa tem os seguintes pressupostos:

- 1- O modelo preconizado pelo SUS, centrado no usuário, tem, entre suas diretrizes, a integralidade, que potencializa a conformação das RAS em serviços integrados, nos quais operam profissionais de saúde, que têm por finalidade o cuidado integral ao indivíduo.
- 2- A garantia do cuidado integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis decorre da integração nos planos políticos, institucionais, organizacionais e assistenciais. No entanto, é no plano assistencial que o projeto terapêutico⁶ é operacionalizado mediante mecanismos para integração dos cuidados, tais como fluxos assistenciais de referência e contrarreferência⁷.
- 3- A atuação dos coordenadores na organização e no planejamento das ações e a maneira como essa prática se consolida são fundamentais para a integração dos cuidados às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

⁶O Projeto Terapêutico ou Projeto Assistencial, ambos os termos serão utilizados com o mesmo significado e se referem à assistência prestada, procedimentos, recursos e a todo o contexto envolvido, com o objetivo de atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos, considerando todos os momentos e pontos de atenção e toda a dinâmica envolvida em cada um deles (KUROKAWA E SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

⁷ Compreende-se aqui referência e contrarreferência como formas de comunicação entre profissionais e serviços, com a finalidade de assistência integral (QUEIRÓZ; PENNA, 2011).

- 4- Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro se destaca como um profissional com habilidades para responder às várias demandas da população, prestando, assim, uma contribuição expressiva na atenção integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Nesse sentido, este trabalho defende a seguinte tese: *A Rede de Atenção à Saúde tem por finalidade atender às necessidades de saúde dos usuários de um determinado território, com uma estrutura que sustenta as interações entre os serviços e entre os profissionais, entre os quais, destaca-se o enfermeiro como o profissional que contribui de maneira significativa para a integração dos cuidados no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis.*

Portanto, questiona-se:

Como se dá a contribuição do enfermeiro na integração dos cuidados em saúde no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis?

2 OBJETIVOS

- Descrever a contribuição do enfermeiro na integração dos cuidados no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis.
- Identificar as estratégias de integração dos cuidados no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis.
- Representar a rede de cuidados de um Distrito Sanitário segundo as dimensões da integração.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

Integração dos cuidados é o processo que consiste em criar e manter uma estrutura comum entre indivíduos e organizações independentes, com o objetivo de coordenar sua interdependência, a fim de que cooperem em prol de um projeto coletivo. Esta definição demanda um melhor esclarecimento a respeito de interdependência, cooperação e coordenação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

A **interdependência** existe quando as partes interessadas independentes (indivíduo ou organização) decidem problemas coletivos, dessa forma nenhuma delas tem todos os recursos necessários para a resolução dos problemas. Neste cenário, a **cooperação** entre tais partes é essencial para a questão da integração e envolve uma relação entre elas em situações de interdependência, favorecendo-as quando compartilham os mesmos valores e trabalham juntas. A **coordenação** abrange condições que possibilitam o funcionamento do sistema e organização das ações dos atores envolvidos, dependendo das necessidades do projeto coletivo que motivou a interação entre as partes, assim o nível de coordenação é proporcional às necessidades do projeto. Na área da saúde, isso envolve a coordenação necessária para os cuidados e serviços de saúde de alta qualidade (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Três tipos de coordenação podem ser elencados: coordenação sequencial, coordenação recíproca e coordenação coletiva.

Existe coordenação sequencial quando um usuário é atendido por vários profissionais ou instituições de forma sequencial durante o curso de uma doença. Nessa perspectiva, existem poucas relações entre os profissionais e as organizações, sendo adequada quando o problema é de fácil identificação e exige uma intervenção específica limitada quanto ao tempo e espaço. Em situações com nível baixo de incerteza por problemas ocasionais, esse tipo de coordenação fornece uma maneira simples de acessar o conhecimento ou o profissional, sendo, ao mesmo tempo, insuficiente quando for maior o grau de incerteza, o que exige profissional com determinada especificidade (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

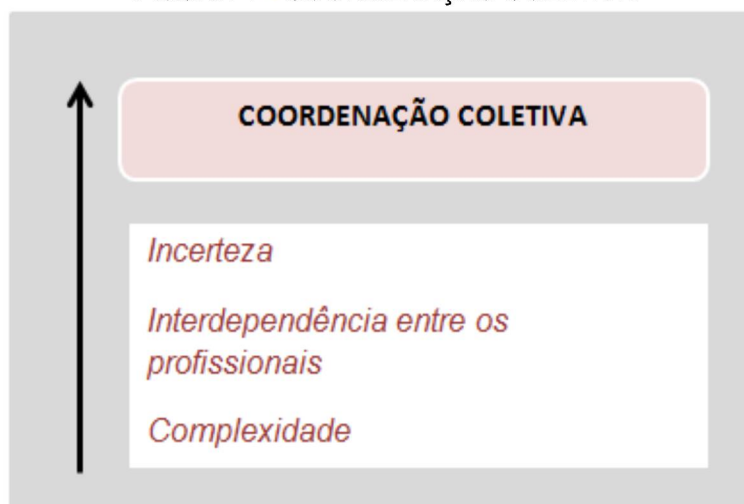
Dessa forma, a **coordenação recíproca** existe quando vários profissionais ou organizações interagem de maneira simultânea, havendo, por consequência, um

elevado nível de interdependência entre eles. No entanto, esse tipo de coordenação será satisfatório quando o problema de saúde for pouco complexo e demandar poucos profissionais, caso contrário, será necessária uma coordenação coletiva (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Nesse sentido, a coordenação coletiva será necessária quando houver um alto grau de interdependência entre os serviços e profissionais, envolvendo casos complexos ou problemas de saúde mal definidos. Muitas vezes, nesse grau de complexidade estão envolvidos problemas crônicos que ameaçam a autonomia das pessoas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

De maneira resumida, o grau de coordenação é proporcional à necessidade de interdependência, variando conforme a necessidade de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Quanto maior o grau de incerteza, de complexidade e de interdependência entre os profissionais em determinada situação, maior a necessidade de uma coordenação coletiva (FIGURA 1).

FIGURA 1 – COORDENAÇÃO COLETIVA

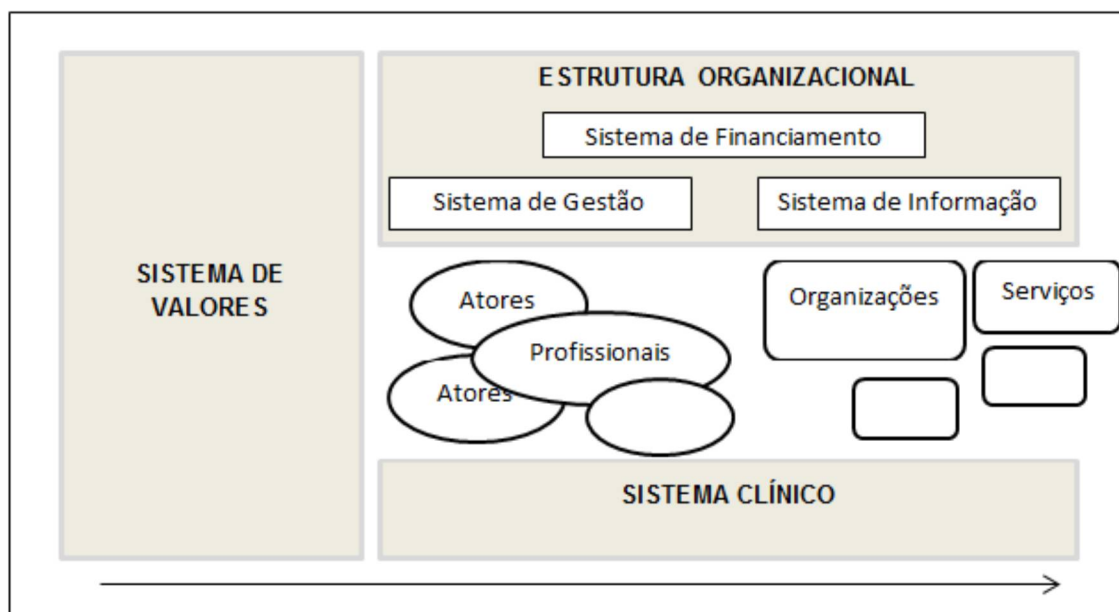


FONTE: A autora (2019).

Tendo por base as definições de interdependência, cooperação e coordenação, e direcionando o olhar especificamente para o contexto da saúde, a integração envolve a coerência sustentável ao longo do tempo entre um sistema de valores, uma estrutura organizacional e um sistema clínico, de forma a criar um espaço no qual as partes interessadas coordenam suas ações dentro de um contexto

específico (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003) (FIGURA 2).

FIGURA 2 – SISTEMA DE VALORES, ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E SISTEMA CLÍNICO



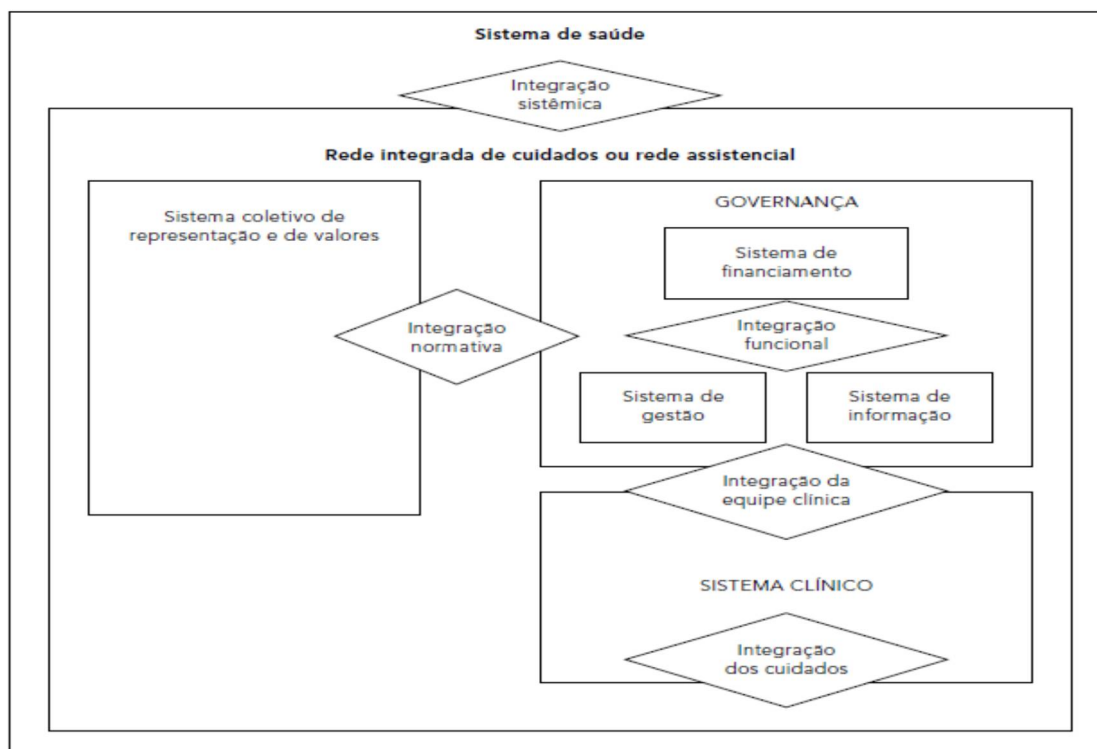
FONTE: Adaptado de Contandriopoulos *et. al.* (2001).

O **sistema de representações e valores** é definido pelo conjunto de crenças, valores e esquemas interpretativos, que permitem a comunicação entre os indivíduos, bem como coordenação de suas ações. A **estrutura organizacional** consiste em um sistema de gestão que compreende regras que definem a distribuição de poder e de responsabilidades, um sistema de financiamento relacionado às modalidades de financiamento da rede e um sistema de informação que envolve todos os dados e seus sistemas operacionais necessários à transparência da rede, de forma a ser acessível por todos. O **sistema clínico** consiste em métodos de gestão de processos e regras de boa prática, garantindo a integração dos cuidados entre os profissionais, sendo, consequentemente, o local onde a regulamentação profissional prevalece (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Esses três sistemas compõem o espaço em que serão feitos esforços de integração, de acordo com cinco dimensões: Integração dos Cuidados, Integração da Equipe Clínica, Integração Funcional, Integração Normativa e Integração Sistêmica

(CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003) (FIGURA 3).

FIGURA 3 – PRINCIPAIS DIMENSÕES DE UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE



FONTE: Hartz & Contandriopoulos (2004).

A dimensão **Integração dos Cuidados** pressupõe a coordenação das práticas clínicas em torno dos problemas específicos de saúde de cada paciente, garantindo atendimento integral. Dessa forma, os serviços prestados por vários profissionais com respaldo nas tecnologias disponíveis em vários locais ou organizações atendem às necessidades de saúde de cada usuário (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). Na prática, a perspectiva focada no indivíduo deve priorizar o bem-estar geral, não apenas uma condição particular, nesse intuito, além de os profissionais de saúde considerarem as necessidades específicas de saúde de cada pessoa, os serviços devem oferecer estrutura compatível com tais necessidades. Nesse âmbito, cada usuário é coparticipante do seu processo de cuidado e tem responsabilidade compartilhada com os profissionais que lhe oferecem o cuidado (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Na **Integração da Equipe Clínica**, o trabalho em equipe multiprofissional e a necessidade de cooperação entre a mesma são fatores necessários à obtenção do

cuidado integral (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Nessa dimensão, a coordenação do cuidado garante a continuidade na assistência (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013), sendo, para tanto, imprescindível que sejam estabelecidas parcerias entre os profissionais, definição de papéis e responsabilidades de cada um, de maneira a oferecer um continuum abrangente de cuidados à população (VALENTIJN *et al.*, 2013; BRAULT *et al.*, 2014; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

A **Integração Funcional** compreende todo o sistema de informação, financiamento e gestão, necessários à prestação de serviços e à coordenação e apoio à tomada de decisão entre organizações e indivíduos, permitindo, portanto, interligar as demais dimensões da integração. Resulta na criação de uma estrutura comum que permite que as decisões sejam consistentes com o projeto assistencial, de modo a auxiliar os tomadores de decisão e permitir que o sistema se adapte às necessidades. Além disso, a dimensão funcional permite obter e distribuir recursos financeiros necessários à motivação dos indivíduos e organizações, por fim, admitindo implementar e utilizar um sistema de informação que corresponda às ações desenvolvidas na rede (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013).

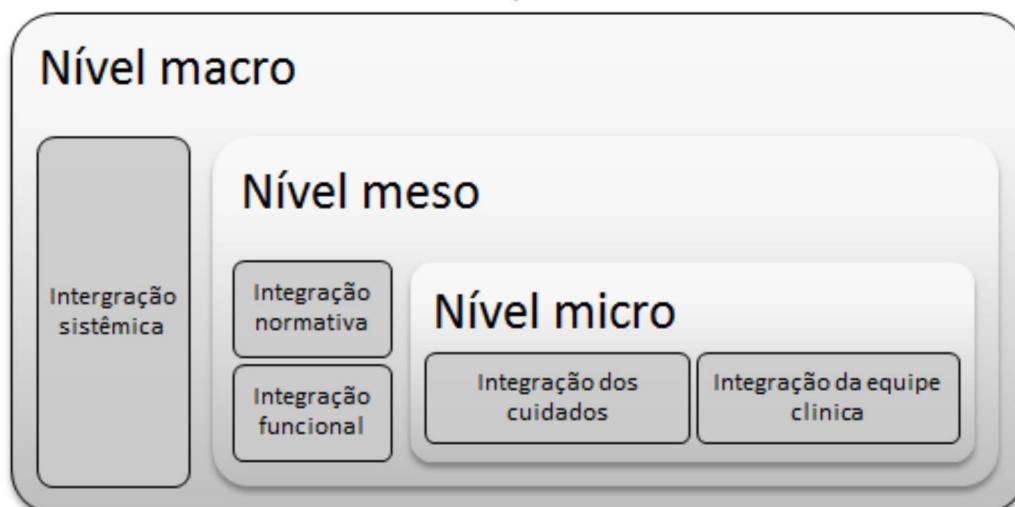
A **Integração Normativa** assegura a cooperação entre as partes, de modo que um projeto coletivo seja concluído com êxito (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Assim como a integração funcional, a integração normativa conecta as demais dimensões e corresponde a uma referência entre organizações, profissionais e indivíduos, ou seja, missão, visão, valores e cultura devem ser compartilhados por todos, resultando, assim, na coerência entre os serviços, os profissionais, bem como no cuidado. Dessa forma, mecanismos de coordenação informais baseados em valores comuns, cultura e metas profissionais são considerados essenciais. É importante sublinhar que o cuidado com foco no usuário é o objetivo de todo serviço de saúde, devendo orientar as ações dos profissionais e dos serviços dentro do sistema. Nesse sentido, é válido mencionar que, muitas vezes, opiniões divergentes entre profissionais ou mesmo um choque cultural entre profissões da saúde podem inviabilizar a integração (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013).

Por fim, a **Integração Sistêmica** garante que o sistema de cuidados integrados opere de maneira sustentável segundo os princípios de organização do sistema de saúde consistentes com a dinâmica de um projeto local (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Em outras palavras, está relacionado às normas e políticas dentro de um sistema (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013). Dessa forma, um projeto relacionado às questões complexas acerca da organização do cuidado, por exemplo, não pode envolver apenas acordo entre profissionais, mas deve também se embasar em uma estrutura organizacional, normativa, que são os princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde, devendo, em vista disso, refletir no nível sistêmico (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Nesse cenário, são reconhecidas ainda a integração horizontal e a integração vertical. A primeira subentende atendimento em todos os níveis de atenção, em contrapartida, a integração horizontal engloba cuidados conduzidos em um mesmo nível de atenção, ou em níveis semelhantes de cuidados. Esses dois termos são inerentes à integração sistêmica, sendo necessários à continuidade dos cuidados. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013).

Para fins de entendimento e apreensão do exposto, é possível, ainda, realocar as dimensões da integração (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003) na tipologia proposta por Valentijn *et al.* (2013), sempre com foco nas necessidades de cada indivíduo. Nessa tipologia, o nível macro do sistema corresponderia à integração sistêmica, o nível meso, à integração normativa e funcional, e o nível micro, à integração dos cuidados e integração da equipe clínica (FIGURA 4).

FIGURA 4 – INTER-RELAÇÃO DOS NÍVEIS MACRO, MESO E MICRO COM AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO



FONTE: A autora (2019).

Esta representação não significa uma simplificação da realidade, mas sugere que é possível compreender determinado contexto de saúde, ou mesmo parte desse contexto, na perspectiva da integração dos cuidados. Para a consecução da integração, complexas inter-relações das suas dimensões se tornam necessárias para que resulte em um cuidado coordenado, de forma que um nível está contido em outro nível e cada nível compreende um contexto maior, sem, no entanto, representar maior ou menor importância.

A integração deve ser entendida em diferentes níveis dentro de um sistema para facilitar a entrega contínua, abrangente e coordenada de serviços para indivíduos e populações. No entanto, o contexto no qual esses níveis de integração se desenvolvem é que definirá como será todo o processo de interação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta inicialmente uma explanação a respeito da integralidade e integração, relacionando os dois termos. Em seguida, aborda as características da Rede de Atenção às DCNT e sua relação com a integração dos cuidados. Por último, a atuação do enfermeiro é contextualizada na Rede de Atenção às DCNT.

4.1 INTEGRALIDADE E INTEGRAÇÃO

O discurso referente à integralidade, diretriz do SUS, remonta ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que compreendeu diversos movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho, na saúde e na formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. O termo surgiu em 1988 no contexto do SUS, não constando no dicionário, tendo apenas se estabelecido como descritor em Ciências da Saúde em 2014. Na Constituição da República de 1988, não há referência ao termo, mas ao atendimento integral (art. 198, inciso II), destacando o enfoque para as atividades preventivas, com atenção aos serviços assistenciais. Na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), é identificada no artigo 7º, inciso II, que especifica a realização das ações atendendo ao princípio da integralidade, compreendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, articulados e contínuos, individuais e coletivos, necessários para cada indivíduo (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; VIEGAS; PENNA, 2015b; KALICHMAN; AYRES, 2016; CARNUT, 2017).

Para a Política Nacional de Atenção Básica, a integralidade ainda prevê, entre outros aspectos, a integração das ações programadas com as ações provenientes da demanda espontânea e a coordenação do cuidado na rede de atenção, conjugando os diferentes profissionais para o atendimento centrado no usuário (BRASIL, 2011c; CARNUT, 2017).

Essas diferentes compreensões apenas traduzem como os profissionais de saúde devem operar suas práticas segundo o que preconiza a Constituição Federal. Contudo, a integralidade deve sempre ser concebida relacionada ao seu contexto (CARNUT, 2017). A depender da lente utilizada, a integralidade pode ser considerada uma diretriz ou um princípio ou, conforme destaca Carnut (2017, p.1180), “a integralidade é um princípio-diretriz do SUS. Princípio porque se vale dessa exegese

mais filosófica do ser humano, e diretriz por ter se tornado algo concreto, que guia o processo de trabalho”.

Mattos (2004) destaca que podem ser distinguidos três sentidos na saúde para integralidade: o primeiro referente às políticas de saúde, compreendendo a articulação de ações preventivas e assistenciais; o segundo relacionado à organização dos serviços, de modo que seu acesso seja facilitado; e o terceiro voltado às práticas profissionais, exercidas com olhar atento e ampliado para identificar as necessidades de saúde dos indivíduos.

A articulação de ações preventivas e assistenciais deve ser almejada, pois a lógica da prevenção é, geralmente, dissociada da assistência, sendo esta demandada pelo usuário segundo uma experiência de sofrimento, enquanto a prevenção exige um olhar mais atento do profissional para as necessidades individuais, que, muitas vezes, não terão relação com o motivo de atendimento buscado pelo usuário (MATTOS, 2004). Dessa forma, ela pode demandar modalidades mais abrangentes de intervir, como o estabelecimento de ações que envolvam outros setores além da saúde, tendo em vista que as necessidades dos indivíduos são decorrentes de vários aspectos. Nesse sentido, ao Estado compete formular políticas que enfoquem aspectos como a diminuição das desigualdades sociais e a melhoria das condições de vida de várias formas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SOUTO *et al.*, 2016; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

Conforme apontam vários estudos, a organização dos serviços de saúde é uma das questões a serem debatidas para que o cuidado seja de fato concretizado conforme as necessidades dos indivíduos. Implica, pois, a garantia do acesso a todos os níveis de atenção da rede, os quais se diferenciam com base em suas densidades tecnológicas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SOUTO *et al.*, 2016; VIEGAS; PENNA, 2015b; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

O SUS tem estreita relação com o modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais com a finalidade de articular os diversos recursos disponíveis para enfrentar os problemas de saúde de uma coletividade (MERHY, 2007; SILVA JR; ALVES, 2007). Para tanto, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na RAS (BRASIL, 2011b). Mediante mecanismos de referência e contrarreferência, o usuário percorre os vários serviços e obtém a assistência de que precisa com profissionais responsáveis e capacitados (ARCE; SOUSA, 2013;

FRACOLLI, *et al.*, 2011; BONFADA, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013; VIEGAS; PENNA, 2015b; RIBAS, *et al.* 2018), sem que tenha de procurar por ela.

Outra maneira possível de analisar a integralidade é a gestão do cuidado. Para tanto, Cecílio (2009) assinala que, para que ocorra um cuidado mais efetivo, é necessária uma articulação entre as dimensões profissional, organizacional e sistêmica. Na dimensão profissional, ocorre o encontro entre usuário e profissional, incluindo a responsabilidade profissional, a postura ética, a competência e o conhecimento, em busca de um melhor atendimento, considerando a necessidade apresentada e o vínculo profissional-usuário. Na dimensão organizacional, são desenvolvidas as práticas profissionais, sendo caracterizada, entre outros aspectos, pela responsabilidade gerencial e pelo trabalho em equipe. Por fim, a dimensão sistêmica representa o modelo assistencial, no qual estão contidas as duas primeiras dimensões, bem como todos os dispositivos da rede, permeados por fluxos assistenciais que proporcionam atendimento integral aos usuários, considerando suas necessidades.

Conforme apontam Oliveira & Cutolo (2018), a integralidade não é um produto final, tampouco o objetivo que se pretende, mas um processo e um caminho necessários para obter algo maior. Dessa forma, a integralidade não deve ser vista como totalidade, pois isso implica conferir ao termo apenas uma abstração, já que a “totalidade” não é passível de ser alcançada⁸ (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

Todos esses argumentos a respeito da integralidade coexistem no contexto da saúde e possibilitam vários desdobramentos. Sendo a integralidade processo e não produto, necessita de arranjos para o seu desenvolvimento e assim atingir o projeto a que se destina. Considerando a integralidade uma diretriz do SUS, que guia o processo de trabalho, é necessário que, para tanto, o contexto em que se desenvolve esse processo seja favorável para obter o produto final. Finalizando, o discurso referente à integralidade pode denotar um enfoque mais concreto, porém com certo grau de abstração simultaneamente, tendo em vista que, para sua consecução, é demandado um longo caminho de reflexões e de teorizações.

⁸ O autor sugere que compreender a integralidade como totalidade é incoerente, já que de acordo com a epistemologia, a totalidade de algo nunca é alcançável; alguns críticos utilizam o termo “totalidade” para denotar um sentido de abstração à integralidade, portanto, impossível de ser alcançada plenamente. Portanto, é importante desmistificar a compreensão de inteireza acerca da integralidade, uma vez que, além da incompatibilidade e superficialidade do sentido, banaliza e limita o termo, não permitindo que ele alcance todo o seu potencial (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

Nesses desdobramentos, entremeia-se a **integração**, tanto como um dos arranjos necessários para que a integralidade se consolide, quanto compreendida como um aspecto essencial a ser observado em um contexto no qual se almeja a integralidade. Em qualquer desses aspectos, é imprescindível que a integração, assim como a integralidade, seja considerada sob os enfoques teórico e prático, os quais pressupõem a compreensão do termo no contexto analisado e, posteriormente, sua aplicação para organização dos serviços e das práticas em saúde.

Vários são os descritores da saúde utilizados para se referir à integração: integração comunitária, integração docente assistencial, integração de sistemas, integração óssea, integração do provírus, entre outros, o que provoca dificuldade de compreender o termo adequadamente. Alguns estudos abordam diferentes nuances referentes à integração, não priorizando o uso de apenas um conceito (GALVAN, 2007; LAZARINI; GOULART, 2013; MARTINS; VIEIRA, 2010; MOURAO JUNIOR; MELO, 2011).

No campo econômico, o termo envolve a coordenação das atividades de várias organizações, sendo necessária ao seu funcionamento harmonioso, estando a integração vertical relacionada à função de coordenação, que tem por objetivo promover a aproximação entre partes interessadas, em organizações diferentes, enquanto a integração horizontal permite o agrupamento entre organizações similares (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

As definições utilizadas no contexto econômico podem ser aplicadas no campo da saúde. Um exemplo de integração vertical seria a criação de um sistema integrado de cuidados de saúde, no qual vários dispositivos atendem aos diversos problemas de saúde de uma população específica. Em outras palavras, o SUS e seus vários equipamentos de saúde, organizados em uma rede. Em contrapartida, a fusão dos hospitais universitários é um exemplo de integração horizontal (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Assim, a integração vertical, presente no estabelecimento da hierarquização dos serviços, permite a produção de ações de diferentes complexidades; e a integração horizontal permite a articulação para o enfrentamento do problema com ações diferenciadas, mas em um mesmo nível de atenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Importante salientar que, independentemente da área em que se aplica o conceito, os esforços de integração devem ser sempre acompanhados da vontade de

preservar a liberdade de todas as partes envolvidas e o potencial de inovação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

A integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças que rompam com a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas e só é concretizada quando há uma articulação em todos os níveis de atenção à saúde (ARCE; SOUSA, 2013; VIEGAS; PENNA, 2013; VIEGAS; PENNA, 2015b; CARNUT, 2017). É notório, portanto, uma interdependência existente entre os serviços e os níveis de atenção, pois nenhum deles é suficiente e dispõe de todos os recursos necessários para a resolução de todos os problemas, por consequência, o atendimento integral só pode ser obtido em rede (CECÍLIO; MERHY, 2003; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; KALICHMAN; AYRES, 2016; CARNUT, 2017).

Nesse sentido, a integralidade se constitui em um componente essencial na consolidação do modelo de assistência que busca o atendimento resolutivo das necessidades de saúde das pessoas (VIEGAS; PENNA, 2013; VIEGAS; PENNA, 2015b; KALICHMAN; AYRES, 2016; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018), tendo estreita relação com o cuidado. É impossível pensar em “concretização” da integralidade sem alguma forma de cuidado, seja na relação profissional-usuário, seja na integração de várias profissões ou mesmo na formulação de políticas no sistema de saúde (XAVIER; GUIMARÃES, 2013).

Todavia, quando há indicação de que a integralidade no seu componente organizacional é frágil, tanto no que diz respeito às referências hospitalares bem como à precariedade estrutural da rede nos seus vários componentes (O'DWYER; MATTOS, 2013), a prioridade consiste em articular diferentes conhecimentos e práticas (ARCE; SOUSA, 2013; AYRES *et al.*, 2012; BRAULT *et al.*, 2014; VIEGAS; PENNA, 2015b; NASMITH *et al.*, 2004; PEDUZZI *et al.*, 2011).

Nas últimas décadas, o contexto de atenção à saúde apresentou mudanças significativas no perfil demográfico e epidemiológico da população, com o aumento de DCNT e o crescente debate a respeito das necessidades de saúde, fato que tem ampliado o reconhecimento da necessidade de uma prática interprofissional (BRAULT *et al.*, 2014; PEDUZZI *et al.*, 2011; NASMITH *et al.*, 2004).

O debate acerca do trabalho interdisciplinar é constante em estudos com enfoque na integralidade (AYRES *et al.*, 2012; FERRO *et al.*, 2014; QUEIRÓZ; PENNA, 2011; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). Em estudo desenvolvido com o objetivo de compreender as dimensões da integralidade

presentes no cuidado em saúde na concepção de profissionais das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, foi verificado que o trabalho desenvolvido pelos profissionais emerge como um componente essencial nesse contexto. Em contrapartida, a fragmentação presente na organização dos serviços e na prática dos profissionais dificulta tal prática e, para que a integralidade seja de fato incorporada, não basta que os profissionais tenham um olhar atento para as necessidades dos indivíduos, mas que a população tenha acesso a um sistema mais integral, que contemple a prevenção e a cura pertinentes à sua saúde (VIEGAS; PENNA, 2015b).

As evidências na literatura apontam que a integração demanda a adoção de estratégias comuns de cuidados de saúde entre todos os profissionais de saúde (NASMITH *et al.*, 2004; BRAULT *et al.*, 2014; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018; RIBAS *et al.*, 2018). Sendo assim, a reestruturação do setor da saúde impõe novos desafios para os profissionais, que precisam se organizar adequadamente para responder aos problemas, pois o trabalho individual, que antes respondia a uma demanda, atualmente não é mais resolutivo (VIEGAS; PENNA, 2015a; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

O conceito de integralidade remete ao de integração de todos os profissionais e dispositivos da rede. Isto posto, é imperativo que uma gestão eficiente desenvolva mecanismos de cooperação e coordenação para que todos os envolvidos possam responder às necessidades de saúde individuais e coletivas (ARCE; SOUSA, 2013; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Na perspectiva do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, a função de coordenador dos serviços pode ser amparada por tecnologias gerenciais, com prioridade para os aspectos individuais e coletivos, destacando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças (ALMEIDA *et al.*, 2011; BRONDANI *et al.*, 2011).

Dessa forma, para repensar a organização dos cuidados em saúde, a prática envolvida por vários profissionais pode ser favorável à reorientação da atenção e à prática integrada (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). Ações em saúde desarticuladas entre si são desfavoráveis à integração dos cuidados em saúde, por consequência, a integração se destaca no aspecto profissional, exigindo, para tanto, a colaboração entre todos os envolvidos, assim como uma coordenação eficaz das práticas.

Tendo em vista estas ponderações, no Brasil, é inviável discutir a integração dos cuidados de saúde sem atrelá-lo à perspectiva da integralidade da atenção

(HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004) e vice-versa. Em uma perspectiva de inter-relação, a integração dos cuidados deve permear o sistema de saúde e pode ser visualizada de maneira estrutural, de forma que profissionais, serviços e instituições partilhem a finalidade de um cuidado integral e continuado, imersos em uma rede que ofereça uma estrutura para que todo esse contexto se desenvolva.

4.2 A REDE DE ATENÇÃO COM ÊNFASE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Desde a Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), o modelo assistencial de saúde do Brasil se traduz em uma concepção ampliada da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Em vista disso, novos contornos vêm sendo definidos, de tal forma que as ações devem voltar-se para a resolução das necessidades de saúde e, conseqüentemente, para os determinantes do processo saúde-doença (VIEGAS; PENNA; 2015b; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). Neste período, predominou um momento político, econômico e social distinto, e a organização do SUS consistia, sobretudo, na descentralização, determinada, entre outros aspectos, pelo protagonismo dos municípios (VIANA *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2018).

O início do processo de construção de regiões de saúde⁹ ou regionalização e das RAS demarca um outro momento, com redefinições no Modelo de Atenção à Saúde (VIANA *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2018). As redes constituem a forma de organização da assistência à saúde no Brasil, visando à construção de sistemas integrados de saúde, conhecidos por distintas terminologias em vários países e organizações internacionais, tais como redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados etc. (VIANA *et al.*, 2018). Pode-se dizer que essa lógica de organização teve início com normas federais, especificamente a Norma Operacional da Assistência à Saúde (BRASIL, 2001) e o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e, posteriormente, com a introdução das Redes de Atenção (RAS) (BRASIL, 2010).

⁹ Região de Saúde ou regionalização têm o mesmo significado e compreendem um espaço geográfico contínuo composto por municípios agrupados segundo suas identidades culturais, econômicas e infraestrutura de transportes, com o objetivo de executar ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

São dois momentos políticos distintos, mas que se entremeiam e exercem influência um sobre o outro, perfazendo, juntos, o contexto do Sistema de Saúde. Dessa forma, com a RAS, deve-se ter uma visão integrada dos diversos níveis de atenção, o que implica repensar o cuidado segundo as necessidades dos indivíduos, ou seja, são essas necessidades que configuram a rede e definem que as respostas às várias situações devem ser coordenadas e reguladas (VIANA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a proposta de reorganização do sistema nas *Redes de Atenção à Saúde* (RAS), por meio da Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, teve por finalidade superar a fragmentação da assistência e, ao mesmo tempo, qualificar a gestão do cuidado, se consolidando como estratégia de reestruturação do sistema no que se refere à sua organização, qualidade e atenção prestada, articulando ações e serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir o atendimento integral (BRASIL, 2010; SOUZA, 2014; KALICHMAN; AYRES, 2016). As RAS têm, entre suas características principais, a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo na Atenção Básica o ponto central para a comunicação (BRASIL, 2014).

A rede de atenção à saúde consiste na organização de ações e serviços em todos os níveis de complexidade, permitindo a articulação e a interface entre todos os saberes, tecnologias e profissionais para que o usuário possa ter acesso conforme suas necessidades de saúde. Dessa forma, garante-se que o indivíduo obterá todo tipo de atendimento que necessitar, desde uma vacina até uma cirurgia complexa (SANTOS; ANDRADE, 2011; KALICHMAN; AYRES, 2016; SANTOS, 2017).

A constituição das redes é, provavelmente, a principal estratégia para operacionalizar o cuidado integral (BRASIL, 2011a; SILVA, 2011; SOUZA, 2014; KALICHMAN; AYRES, 2016; SANTOS, 2017). Tal discussão tem se destacado como objeto de várias medidas normativas, a exemplo do Decreto 7.508/2011, que regulamentou o SUS (BRASIL, 2011a; SILVA, 2011; SOUZA, 2014). Certamente que as redes oferecem uma condição adequada para efetivação da diretriz integralidade e reduzem os custos dos serviços por favorecer uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SILVA, 2011; KALICHMAN; AYRES, 2016; SANTOS, 2017).

O pressuposto defendido é que não há um dispositivo ou mesmo uma equipe de saúde considerada autossuficiente na produção do cuidado diante da complexidade dos problemas de saúde, que, geralmente, envolvem vários campos de

saber, tendo em vista a multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão e com o cuidado (PAIM, 2012; QUINDERE *et al.*, 2014; SANTOS; ANDRADE, 2011; KALICHMAN; AYRES, 2016; SANTOS, 2017; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Para integrar ações e serviços de maneira proporcional em todo o Sistema, a Região de Saúde é o caminho constitucional mais viável, o que, paralelamente, assegura a qualificação da gestão do SUS e garante a integralidade (SANTOS; CAMPOS, 2015; SANTOS, 2017). Além disso, as regiões de saúde são referência para transferência de recursos (BRASIL, 2011a) e não deve ser considerada uma mera divisão administrativa do Estado, mas concebida como o ponto em que a integralidade pode, enfim, se consolidar.

Uma região deve ser dotada sistematicamente de condições para a resolução de uma boa parte das necessidades de saúde da população que a ela pertence, assim como ser um elemento de um sistema nacional, estadual e municipal que nela encontra seu espaço de atuação para o usuário. Somente uma região consistente pode reparar a fragmentação no sistema, unificando-o e conferindo resolutividade à rede de atenção (SANTOS; CAMPOS, 2015; SANTOS, 2017), compreendida em uma região de saúde ou em várias delas (BRASIL, 2011a), de forma que cada região seja realmente o meio para integrar as referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos (SANTOS; CAMPOS, 2015; SANTOS, 2017).

A regionalização, traduzida em uma região de saúde formalizada, resultante de uma junção de territórios municipais limítrofes, com capacidade de efetivar a integração de serviços estruturalmente adequados e resolutivos em rede, lotados de profissionais competentes, é capaz de efetivar a integralidade, resultando em um percurso sem interferências e sem penalidades ao usuário (SANTOS; CAMPOS, 2015; SANTOS, 2017).

É válido destacar que a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde podem garantir a integralidade e são componentes primordiais do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap)¹⁰. Para integrar os serviços e recursos financeiros de maneira consensual e pactuada, o Coap se firma como esse espaço de negociação, agregando ainda mais a estrutura do sistema de saúde, e com

¹⁰ Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde define, entre outros aspectos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde, as responsabilidades individuais dos entes federativos com relação às ações e serviços, indicadores e metas, recursos financeiros que serão disponibilizados, controle e fiscalização da sua execução (BRASIL, 2011a).

potencial para produzir bons resultados quanto à definição de responsabilidades regionais e, posteriormente, à organização das redes (BRASIL, 2011a; SANTOS; CAMPOS, 2015; SANTOS, 2017).

Algumas modificações ocorridas ao longo do tempo em toda a rede de serviços de saúde foram necessárias para enfrentar algumas situações emergentes, caso da ascensão das DCNT. Nesse sentido, alguns progressos foram alcançados em decorrência da ampliação de serviços na Atenção Primária à Saúde, ampliação do acesso e assistência farmacêutica, entre outras medidas implementadas (RAUP *et al.*, 2015; TAVARES *et al.*, 2016; ARAUJO *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2018).

Esses avanços obtidos até o momento ainda não foram suficientes para alcançar assistência integral aos indivíduos com DCNT (VIANA *et al.*, 2018), pois são problemas que apresentam duração longa ou incerta, início gradual e, em geral, com múltiplas causas, envolvendo o tratamento mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura e demanda vários profissionais e serviços (BRASIL, 2014).

No Brasil, as DCNT se constituem como um dos maiores problemas de saúde. Entre os anos de 1990 e 2015, as DCNT tiveram taxas de mortalidade elevadas, sendo as principais causas de mortes em indivíduos de 30 a 69 anos de idade. Além disso, contribuíram com um impacto econômico negativo em torno de 4 bilhões de dólares americanos entre 2006 e 2015, decorrente de custos diretos com assistência médica, medicamentos, internações, exames, procedimentos, fisioterapia e reabilitação, e de custos indiretos ligados a perdas na produção e renda, empregos e absenteísmo (MALTA *et al.*, 2017).

Entre as DCNT, as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano no mundo todo, sendo 9,4 milhões relacionadas à hipertensão (WHO, 2013). No Brasil, no período de 2000 a 2012, as doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes foram responsáveis pelas maiores taxas de internações entre as DCNT (SANTOS *et al.*, 2015). Destas doenças, o diabetes, em 2012, foi a causa direta de um número estimado de 1,5 milhões de mortes (WHO, 2014).

Com relação ao Estado do Paraná, em 2010, 37% das internações foram relacionadas às DCNT: 16% foram relacionadas às doenças do aparelho respiratório; 13% das internações foram por doenças do aparelho circulatório; 6% estiveram

relacionadas a neoplasias; e 2% tiveram como causa doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Acompanhando os dados mundiais, em 2011, as DCNT corresponderam a 57% dos óbitos no Paraná (PARANÁ, 2012).

Em 2013, no município de Curitiba, 41,2% dos óbitos por condições crônicas ocorreram entre indivíduos na faixa etária de 30-69 anos, caracterizando óbitos prematuros, tornando a situação ainda mais agravante (CURITIBA, 2016a).

Atualmente, reconhece-se que os principais fatores responsáveis pela epidemia de DCNT são o envelhecimento demográfico, a rápida urbanização não planejada e a globalização de estilos de vida não saudáveis. Embora muitas condições crônicas se desenvolvam lentamente, as mudanças nos estilos de vida e comportamentos ocorrem rapidamente (WHO, 2011; WHO, 2018).

Estudo desenvolvido com o objetivo de descrever as prevalências dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas em adultos residentes nas capitais brasileiras em 2013 e verificar os fatores sociodemográficos associados, mostrou que, de modo geral, os fatores de risco estiveram associados à maior idade, à menor escolaridade e ao sexo masculino. Entre os fatores de menor prevalência, destacaram-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a inatividade física, destacando-se, ainda, o excesso de peso e os hábitos alimentares inadequados (MALTA *et al.*, 2015).

Diante desse cenário, o modelo de atenção vigente fundamentado em práticas curativas, com ações e serviços organizados segundo a oferta, tem se mostrado insuficiente (BRASIL, 2010). Em diversas partes do mundo em desenvolvimento, a detecção de tais doenças ocorre tardiamente, ou seja, quando os usuários têm necessidade de cuidados hospitalares para complicações graves ou eventos agudos que demandam altos custos (WHO, 2011). Em vista disso, o enfrentamento das condições crônicas deve seguir a mesma lógica das condições agudas, ou seja, as tecnologias devem ser destinadas a responder a uma demanda espontânea, de forma contínua, pela rede (BRASIL, 2010).

O aumento na ocorrência de DCNT associado aos fatores de risco impõe a necessidade de reorganização no Sistema, o que pressiona o Estado a encontrar formas de equilibrar seu orçamento a fim de aumentar a eficiência dos recursos existentes (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Isso exige um avanço na qualificação da gestão em saúde, requerendo, portanto, decisões dos gestores como protagonistas do processo de organização do

sistema de saúde (BRASIL, 2010), encarando essas condições em um contexto que contemple tratamento adequado e, acima de tudo, medidas de prevenção.

Para o funcionamento das redes, alguns atributos são apontados como essenciais, entre eles os mecanismos de integração (BRASIL, 2010). Desta forma, a integração dos cuidados representa uma alternativa viável para a reestruturação desse contexto (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003), aproximando os termos bem como estabelecendo uma concepção prática.

Para fins de gestão e operacionalização das redes, uma proposta consiste nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde, entre as quais destaca-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNT. Cada rede temática tem componentes específicos – serviços de saúde e apoio logístico necessário – que possibilitarão sua implementação (BRASIL, 2014), tendo na atenção básica o centro para a comunicação por meio da regulação do acesso e da utilização de serviços necessários (BRASIL, 2014; CECÍLIO *et al.*, 2012). Nesse âmbito, são considerados, entre outros aspectos, o acesso e o acolhimento em todos os pontos de atenção, a efetivação de um modelo de cuidado centrado no usuário, a integração e a conectividade entre os diferentes pontos de atenção e a autonomia dos usuários, com o desenvolvimento de estratégias de apoio ao autocuidado (BRASIL, 2014).

Tendo em vista as diversas políticas setoriais no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde (MS) traz várias recomendações e diretrizes com vistas à atenção integral das DCNT no contexto da promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência, tais como o fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde, assim como das ações de promoção e reorientação do sistema para o cuidado integral (BRASIL, 2008). Destaca ainda que o cuidado integral é um dos eixos para o enfrentamento das DCNT no Brasil e enfatiza, em sua meta estabelecida entre os anos 2011 e 2022, que deverão ser ampliadas intervenções com vistas a uma abordagem integral, visando à prevenção e ao controle das DCNT (BRASIL, 2011b). O acompanhamento do referido plano tem comprovado que algumas metas vêm sendo cumpridas, como redução da mortalidade e fatores de risco, bem como ações que estimulam a atividade física e uma alimentação mais equilibrada, distribuição de medicamentos de forma gratuita para hipertensão e diabetes, entre outras metas, mostrando avanços referentes a essa política do MS (MALTA *et al.*, 2016).

Maximizar a saúde requer contribuições de muitos setores e, nesse âmbito, as políticas públicas desempenham papel essencial, tendo em vista que populações

saudáveis aumentam a estabilidade econômica e o crescimento populacional, sendo necessária a implementação de estratégias relacionadas a uma melhor abordagem a essas doenças evitáveis (FRIEDEN, 2015; SOUTO *et al.*, 2016; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

A integração dos cuidados, por meio da constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, se traduz como condição indispensável à qualificação e à continuidade do cuidado, com potencial para a superação de lacunas assistenciais e otimização dos recursos destinados à assistência (SILVA, 2011).

Tendo como referência o entendimento de como está estruturada as RAS bem como os arranjos necessários para a atenção às DCNT, é possível obter atendimento integral de tais condições considerando o formato atual de organização das redes. Para tanto, é fundamental reconhecer a primazia das práticas profissionais frente ao exposto e no que concerne ao enfermeiro e a suas contribuições para o fortalecimento do cuidado às DCNT no sistema de saúde vigente.

4.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As modificações no contexto dos sistemas de saúde têm provocado dificuldade de adaptação dos serviços de saúde e dos profissionais neles atuantes e, consequente a isso, de respostas adequadas a essas transformações (MIGUÉLEZ-CHAMORRO; FERRER-ARNEDO, 2014).

Entre essas modificações, a atenção às DCNT implica prevenção de complicações e atendimento holístico, integral e multidisciplinar. A enfermagem também evolui com tais mudanças, e com elas novas atribuições são conferidas ao enfermeiro. Nesse sentido, as prioridades dos sistemas de saúde devem estar voltadas às estratégias, com propostas claras de coordenação e continuidade nos cuidados, com definição clara dos papéis de cada profissional, incorporação de ferramentas e tecnologias, atenção às evidências científicas com aprimoramento prático, aquisição de competências e envolvimento com a tomada de decisões (GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014).

Em todos esses aspectos, a atuação do enfermeiro no cuidado ao usuário com doença crônica é relevante. No aspecto clínico, esta atuação pode ainda estar relacionada às intervenções com vistas à modificação do estilo de vida, educação em

saúde, apoio matricial às equipes, atendimentos individual e coletivo, visita domiciliar, entre outros (TRAVAGIM *et al.*, 2010; HOEPFNER *et al.*, 2014; BECKER *et al.*, 2018). O desenvolvimento de estratégias que subsidiem a atuação do enfermeiro na atenção às condições crônicas pode ainda estar voltado, igualmente, ao uso de modelos que favoreçam sua abordagem ou mesmo proporcionem uma reflexão teórica a respeito (FURTADO; NOBREGA, 2013).

A esse respeito, Furtado e Nobrega (2013) apresentam em seu estudo teórico uma possibilidade para efetivação do Modelo de Cuidados na Doença Crônica, apontando o enfermeiro como a chave para sua implementação. Os autores consideram, com base na proposta apresentada, a utilização do modelo atrelado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas como possibilidade para a prática de enfermagem aos indivíduos com DCNT.

Nessa linha, diversas outras propostas têm sido descritas para a melhoria na qualidade e na continuidade dos cuidados, entre elas o *Chronic Care Model*, com grande repercussão principalmente nos Estados Unidos e na Europa (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE); a estratégia denominada *Advanced practice nurse*, que visa a ampliar as competências clínicas e assistenciais, em debate em muitos países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido (CORRALES-NEVADO *et al.*, 2012), Portugal (BUCHAN *et al.* 2013) e Brasil (DIAS *et al.*, 2013); e a gestão de casos (CORRALES-NEVADO *et al.*, 2012; VAN DILLEN; HIDDINK, 2014), com enfoque na melhoria da qualidade dos cuidados domiciliares, garantindo continuidade e coordenação com os diferentes níveis de atenção (CORRALES-NEVADO *et al.*, 2012).

Com base no exposto, é necessário que as políticas de enfrentamento de doenças busquem não somente reduzir sua ocorrência, mas também ampliar o acesso e a garantia de cobertura de ações e cuidados (FRACOLLI, *et al.*, 2011; SOUTO *et al.*, 2016). Para tanto, a presença constante do enfermeiro facilita a continuidade dos cuidados no que diz respeito à realização de um plano de cuidado e à sua coordenação. Esse aspecto, no entanto, é possível pelo uso de ferramentas e arranjos suficientes para ofertar o cuidado dispensado a um indivíduo, haja vista as inúmeras necessidades de saúde atreladas ao contexto das DCNT (CORRALES-NEVADO *et al.*, 2012).

Nessa linha, a participação do enfermeiro nas tomadas de decisão é uma das chaves para o desenvolvimento de objetivos estratégicos para os cuidados em saúde,

bem como para melhoria da gestão da atenção às condições crônicas, tendo em vista que a ineficiência da gestão dos cuidados assola a população, gera insegurança, aumenta a medicalização e traz repercussão no sistema financeiro (MIGUÉLEZ-CHAMORRO; FERRER-ARNEDO, 2014).

Nesse âmbito, diante de todos esses desafios de gestão, com serviços que, muitas vezes, não são homogêneos e tampouco desenvolvem práticas que seguem a mesma lógica, desenrola-se o processo de trabalho do enfermeiro. Atualmente são exigidas do enfermeiro versatilidade e reflexões constantes da sua prática, principalmente no contexto relacionado às DCNT, com o desenvolvimento de práticas efetivas que contemplem ferramentas que o norteiem de maneira segura e organizada (FURTADO; NOBREGA, 2013; RIBAS *et al.*, 2018).

A organização do cuidado às DCNT requer estratégias favoráveis ao cuidado, mais vínculo, mais investimento no autocuidado dos indivíduos e maior fortalecimento no que se refere à integralidade e à coordenação do cuidado. Como consequência, faz-se necessária uma atenção que interrogue a prática do cuidado e demande mais da clínica, da organização da atenção e da gestão do cuidado, seja na atenção básica ou num serviço especializado (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Nesse sentido, considerando ainda a necessidade de mecanismos que favoreçam a coordenação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003), a inserção do enfermeiro nesse contexto de enfrentamento das DCNT pode ser favorável, tendo em vista que as habilidades de coordenação do cuidado, inerentes ao seu processo de trabalho (TRAVAGIM *et al.*, 2010; MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2010; CORRALES-NEVADO *et al.*, 2012; CENEDÉS *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2013; CASS; BALL; LEVERITT, 2014; FERREIRA-UMPIERREZ; FORT-FORT, 2014; GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014; HOEPFNER *et al.*, 2014; MIGUÉLEZ-CHAMORRO; FERRER-ARNEDO, 2014; RIBAS *et al.*, 2018), podem ser uma estratégia para a assistência integral, com potencial para minimizar barreiras entre os níveis assistenciais.

Com base no exposto, e tendo em vista as transformações decorrentes do modelo assistencial usuário-centrado, é necessária uma visão ampliada a respeito dos problemas de saúde da população e, no que compete ao enfermeiro, esse aspecto é imperativo para que ele possa intervir com ações voltadas para uma assistência contínua e integral. Ademais, a prática profissional do enfermeiro contempla diferentes possibilidades que devem ser consideradas para ampliação da sua inserção nesse

contexto. Nesse sentido, suas funções assistenciais, administrativas e educativas lhe permitem uma posição de destaque em relação à equipe de profissionais, favorecendo-o no que diz respeito ao atendimento ao usuário.

5 MÉTODO

Este capítulo traz o percurso metodológico realizado, os procedimentos adotados na pesquisa para a coleta, a análise dos dados e os aspectos éticos.

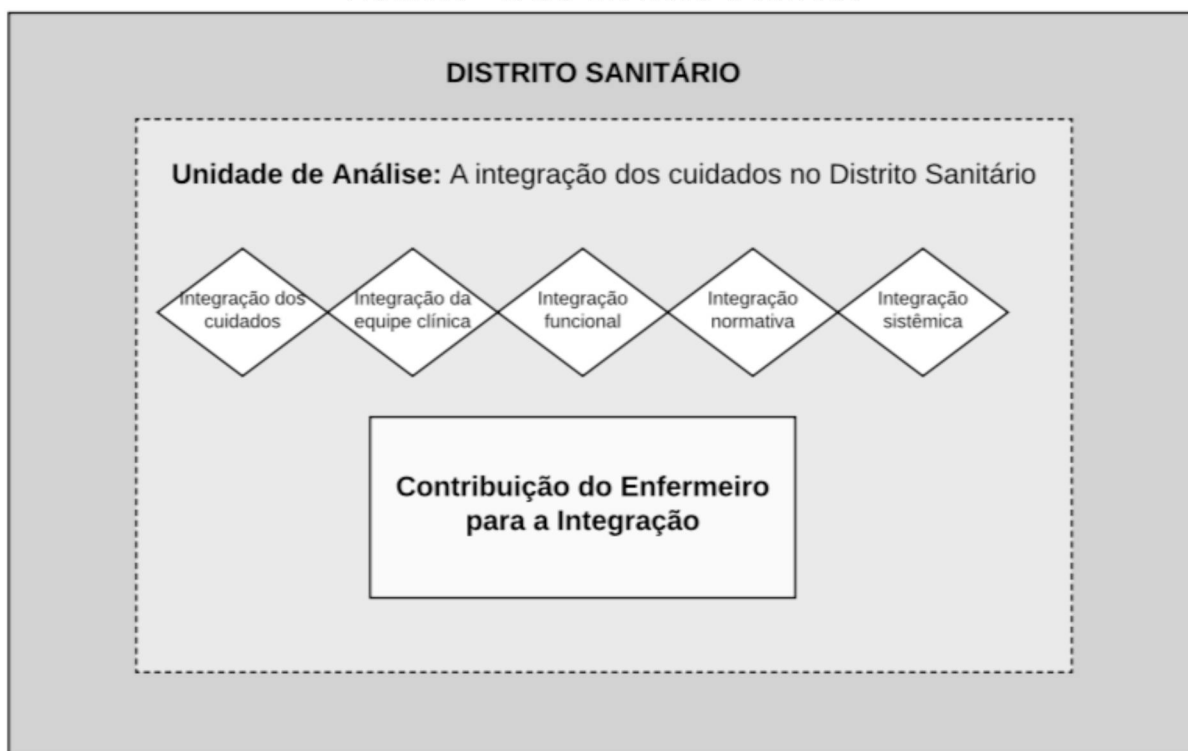
5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso único integrado, com uma subunidade de análise. Este método foi escolhido por ser utilizado em muitas situações que contribuem para o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos, entre outros, nos quais é possível apreender características holísticas e significativas dos eventos reais, tais como o comportamento de pequenos grupos e processos organizacionais. O caso a ser estudado deve ser um fenômeno social complexo e contemporâneo a ser investigado em profundidade e em seu contexto real, permitindo evidenciar melhor seus limites (YIN, 2015).

A pesquisa é de abordagem qualitativa, tendo por finalidade aprofundar conhecimentos sobre a compreensão de informantes-chave a respeito da integração dos cuidados de saúde, bem como a contribuição do enfermeiro nesse contexto, em uma região de saúde, por meio de coleta e análise de materiais subjetivos, com foco em aspectos holísticos e dinâmicos (POLIT; BECK, 2011).

O estudo de caso foi desenvolvido em um dos Distritos Sanitários do Município de Curitiba, considerado o contexto do caso (FIGURA 5). A integração dos cuidados às DCNT foi selecionada como **unidade de análise**, o caso a ser estudado, e a contribuição do enfermeiro para a integração dos cuidados às DCNT foi a **subunidade de análise integrada** ao caso único. (YIN, 2015) (FIGURA 5).

FIGURA 5 – CASO DISTRITO SANITÁRIO

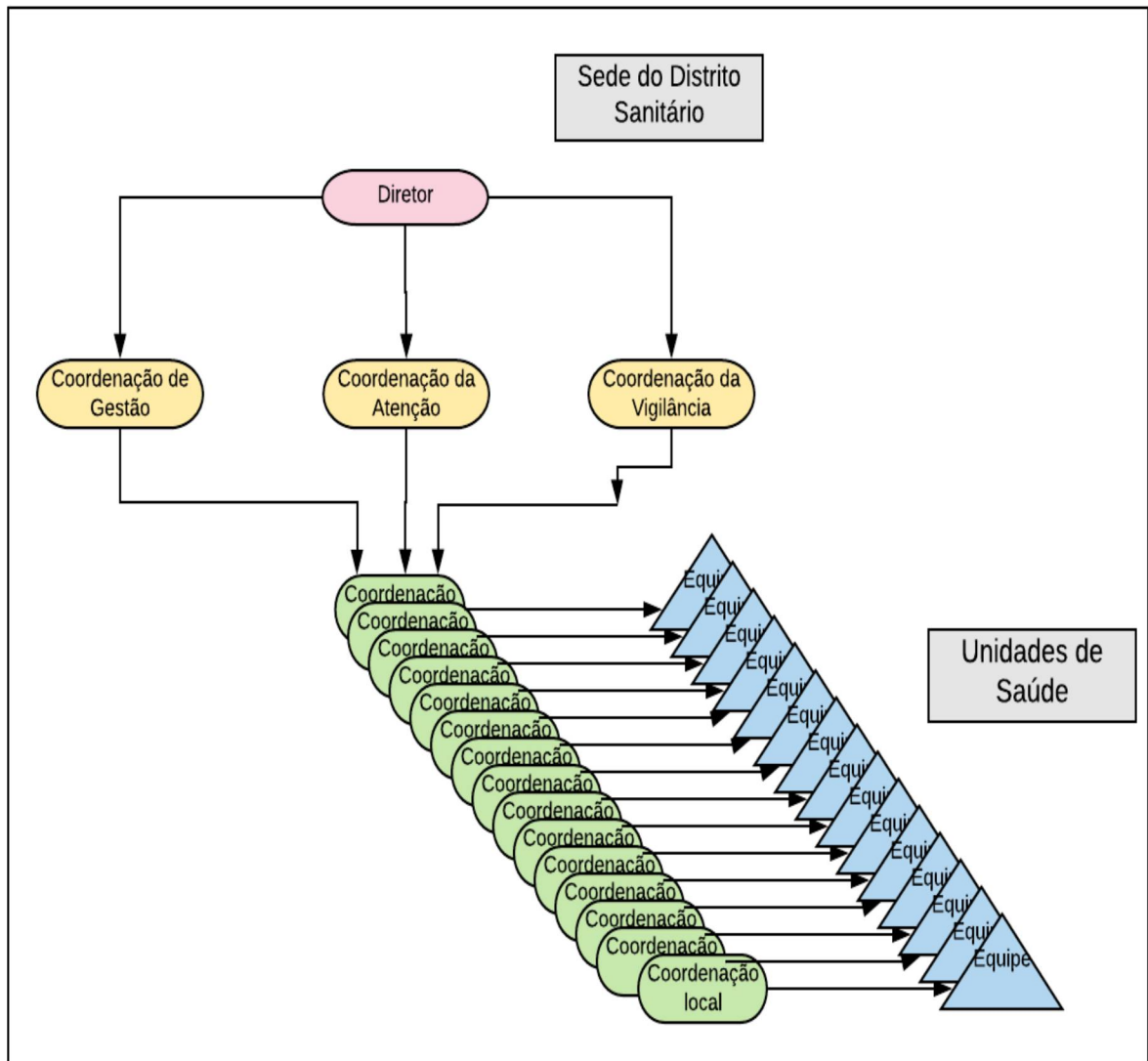


FONTE: Adaptado de Yin (2015).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Tendo em vista a extensa dimensão territorial, populacional e a complexidade da rede SUS de Curitiba, delimitou-se como campo de estudo, um Distrito Sanitário do Município. A escolha foi intencional, considerando que todos os distritos têm a mesma composição de gestores e a mesma configuração matricial. Os distritos têm como finalidade organizar a assistência de maneira articulada ao Município, dessa forma, cada distrito tem um Diretor, um Coordenador da Gestão em Saúde, um Coordenador da Atenção em Saúde e um Coordenador da Vigilância em Saúde, alocados na sede administrativa, além coordenadores locais responsáveis por cada um dos serviços de saúde do Distrito Sanitário (FIGURA 6). Todas as categorias profissionais podem ser indicadas aos cargos de coordenação e direção no distrito.

FIGURA 6 – MATRIZ DE UM DISTRITO SANITÁRIO



FONTE: A autora (2019).

Curitiba está localizada no estado do Paraná e é um dos locais que apresentam um modelo de atenção fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS e que tem procurado avançar na consolidação deste sistema de saúde (CURITIBA, 2019).

Nesse contexto, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde e contribuir com um serviço público integrado, hierarquizado, descentralizado e territorializado, foram criadas as Regionais de Saúde, mais tarde denominadas Distritos Sanitários, que correspondem em número e em áreas de abrangência às Administrações Regionais de Curitiba (OPAS, 2013).

O Município está administrativamente dividido em 75 bairros, agrupados em dez Distritos Sanitários: Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Cidade Industrial, Matriz, Pinheirinho, Portão, Santa Felicidade e Tatuquara, que se caracterizam por regiões de saúde autônomas, interligadas por sistemas de apoio e logísticos que garantem acesso aos diferentes níveis de atenção (OPAS, 2013). Todos os distritos se constituem em regiões de saúde matriciais, ou seja, seu funcionamento segue a mesma composição de gestores e a mesma organização quanto ao atendimento e às conexões com outros equipamentos da rede.

O distrito escolhido para o estudo tem uma sede administrativa e é coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo como objetivo gerenciar 15 unidades de saúde, sete delas Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sete unidades básicas convencionais, um Centro de Especialidades Médicas e uma Unidade de Pronto Atendimento.

A partir de 2002, a SMS estabeleceu Contratos de Gestão entre as Unidades Básicas e os Distritos Sanitários e destes com o Secretário Municipal de Saúde. Nesses contratos, são previstas negociação de metas a serem discutidas com as equipes de saúde, considerando a capacidade instalada e peculiaridades de cada território (CURITIBA, 2019).

Com relação à rede de atenção da SMS, o Município conta com 58 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, 53 Unidades de Saúde convencionais, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 13 Centros de Apoio Psicossocial, 2 Centros de Especialidade, 2 Hospitais Municipais, 1 Laboratório Municipal, entre outros serviços (CURITIBA, 2019).

Assim, a atual Rede de Atenção a Saúde em Curitiba é centrada na Atenção Primária à Saúde, com Distritos Sanitários, áreas de abrangência e populações definidas (OPAS, 2013) (FIGURA 7).

FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE SAÚDE DE CURITIBA



FONTE: Curitiba (2018).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram gestores do Distrito Sanitário Boqueirão - o Diretor do distrito, o Coordenador da Gestão em Saúde, o Coordenador da Atenção em Saúde, o Coordenador da Vigilância em Saúde, 15 coordenadores locais – de cada uma das unidades de saúde, e um enfermeiro assistencial de cada uma das unidades de saúde, totalizando 34 participantes. Tal seleção foi intencional e justificase por contemplar informantes-chave com experiência de gestão e enfermeiros responsáveis pelo cuidado direto. Todos os profissionais inicialmente considerados inteiraram o quadro de participantes do estudo (TABELAS 1, 2 e 3).

5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

5.4.1 Protocolo do estudo de caso

A realização de um estudo de caso requer o desenvolvimento de um protocolo para guiar a coleta de dados corretamente e aumentar a confiabilidade do estudo. Esse protocolo consiste num plano de coleta de dados que possa cobrir as evidências esperadas e, para isso, requer que o percurso metodológico seja antecipado de maneira clara para que sua realização aconteça sem dificuldades. Dessa forma, toda a logística foi considerada, desde os aspectos teóricos, aspectos éticos, contato com o distrito, definição da unidade de análise, proposições do estudo, a lógica que vincula os dados coletados às proposições, questão norteadora, objetivos e caso piloto (YIN, 2015).

5.4.2 Caso piloto

O teste piloto foi feito em outro Distrito Sanitário do Município, escolhido aleatoriamente por meio de entrevistas com o Diretor do distrito, o Coordenador da Gestão em Saúde, o Coordenador da Atenção em Saúde, o Coordenador da Vigilância em Saúde, um coordenador local e um enfermeiro assistencial de uma das unidades de saúde. Além disso foram analisados documentos e arquivos computadorizados. O estudo de caso piloto contribuiu para refinar a organização da coleta de dados bem como os instrumentos propriamente ditos, tendo favorecido o

aperfeiçoamento de todo o processo, permitindo, ainda, compreender a organização de um Distrito Sanitário (YIN, 2015).

5.4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita entre agosto de 2016 a junho de 2017. Num primeiro momento, os dados de fonte primária foram coletados por meio de entrevistas com os respondentes-chave. As entrevistas consistiram em conversas guiadas e não estruturadas que direcionaram o pesquisador em sua linha de investigação, sendo uma das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso (YIN, 2015). Para as entrevistas, foi seguida uma linha de investigação, de forma fluida, não rígida, permitindo atender às necessidades do estudo (YIN, 2015), e utilizado um roteiro (APÊNDICE 1), com itens julgados necessários para a caracterização dos participantes e de questões elaboradas para o desenvolvimento da entrevista, com enfoque na integração dos cuidados.

Tais questões permitiram aos participantes discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada inicialmente. Assim, as entrevistas permaneceram abertas em alguns momentos, assumindo uma forma conversacional; em outros momentos, elas seguiram a sequência de questões definidas, de forma a assegurar que os pressupostos da pesquisa fossem atingidos (YIN, 2015). As entrevistas foram audiogravadas com tempo de duração máxima de 1 hora 24 minutos e 31 segundos e mínima de 18 minutos e 58 segundos.

Em paralelo à realização das entrevistas, adotou-se o diário de campo como estratégia para tomar nota sobre aspectos do funcionamento dos serviços, interações profissionais, bem como perspectivas funcionais relacionadas ao sistema de informação utilizado no distrito.

Num segundo momento, os dados de fontes secundárias foram coletados por meio de pesquisa documental e arquivos computadorizados, por meio de um roteiro (APÊNDICE 2). O uso dos documentos contribui com as evidências de outras fontes, proporcionando detalhes específicos que podem confirmar informações importantes. Para a análise documental, foram considerados resoluções, decretos e leis pertinentes aos objetivos do estudo, bem como as anotações provenientes do diário de campo. Os arquivos computadorizados foram utilizados em conjunto com as demais fontes de evidências, tendo a análise compreendido arquivos em mídia

eletrônica disponíveis on-line (YIN, 2015). As fontes secundárias selecionadas para a análise estão sumarizadas no QUADRO 1.

QUADRO 1 – DOCUMENTOS E ARQUIVOS ANALISADOS

(Continua)

Documentos	Contexto	Responsável e ano
Diário de campo	Notas feitas durante a coleta de dados para corroborar a informação de detalhes específicos provenientes das outras fontes de dados.	Pesquisadoras. 2016/2017. Acervo pessoal.
Plano Operativo Anual	Ferramenta de gestão que favorece a operacionalização das metas discutidas com as equipes.	Distrito Sanitário. 2015. Acervo pessoal. Disponibilizado pelo distrito.
Lei Orgânica de Saúde 8080/90	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Brasil. 1990.
Manual de Procedimentos Operacionais Padrão do Departamento de Atenção Primária	Ferramenta que norteia os profissionais de saúde, contendo informações técnicas que subsidiam as rotinas e o desenvolvimento das atividades de forma segura e com qualidade.	Departamento de Atenção Primária. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2017 (Atualizado em 2018).
Manual de Procedimentos Operacionais Padrão Departamento de Urgência e Emergência	Discrimina as atribuições dos profissionais de saúde e todos os procedimentos realizados relacionados ao setor de urgência e emergência.	Departamento de Urgência e Emergência. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2012 (Atualizado em 2017).
Protocolo de Tratamento de Feridas	Instrumentalização das ações profissionais e sistematização da assistência prestada de forma a organizar, oferecer subsídios e possibilitar escolhas apropriadas e disponíveis para o enfrentamento de problemas relativos ao tratamento de feridas.	Departamento de Atenção Primária. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2015.
Arquivos	Contexto	Responsável e ano
Plano Municipal ¹¹	Instrumento norteador da implementação da política de saúde do Município de Curitiba.	Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2016b.
Cartilha acesso avançado	Material que fornece informações e ao mesmo tempo discute a respeito de novas possibilidades para organizar o acesso na Atenção Primária.	Departamento de Atenção Primária à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2014a.

¹¹ O Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de cada Município estipula metas plurianuais para quatro anos, e, portanto, rege as diretrizes que orientam todo o modelo assistencial nesse período. Em Curitiba, o planejamento das políticas municipais de saúde para o período de 2014-2017 destaca entre suas metas a implantação da RAS e reordenação das relações da Secretaria Municipal de Saúde com os serviços assistenciais segundo a lógica das redes e ainda qualificação da rede de acordo com a lógica da integração dos diversos pontos do sistema. (CURITIBA, 2016b).

QUADRO 1 – DOCUMENTOS E ARQUIVOS ANALISADOS

(Conclusão)

Portal do Município	- Serviço da Ouvidoria. - Missão, visão, valores do SUS Curitiba.	Prefeitura de Curitiba. 2019.
Carteira de Serviços	Guia para profissionais de saúde. A ideia é colocar o atendimento às pessoas como prioridade, reforçando aos profissionais de saúde o cuidado ao indivíduo que sofre de diversas condições de saúde, incluindo hipertensão e diabetes. A Carteira de Serviços tem o objetivo de fornecer auxílio na qualidade e ampliar os serviços ofertados na APS.	Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2014b.
Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2	Esta diretriz propõe a organização da atenção relacionada a esta doença crônica, pretende ser instrumento para atuação das equipes de saúde no diagnóstico precoce e manejo adequado do diabetes tipo 2.	Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2010.
Manual do hipertenso	Esse protocolo sistematiza a atenção ao hipertenso com o intuito de aperfeiçoar a resolutividade e a qualidade dos serviços do Município.	Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2004.

FONTE: A autora (2019).

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram construídos considerando o referencial teórico adotado neste estudo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003), com subsídio de outros estudos pertinentes (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004; LIMA; RIVERA, 2009; VALENTIJN *et al.*, 2015; WHO, 2008).

Para todas as fontes de evidências, buscou-se apreender os aspectos mencionados no roteiro, levando em consideração a relevância dos dados, o que possibilitou identificar convergências entre as informações.

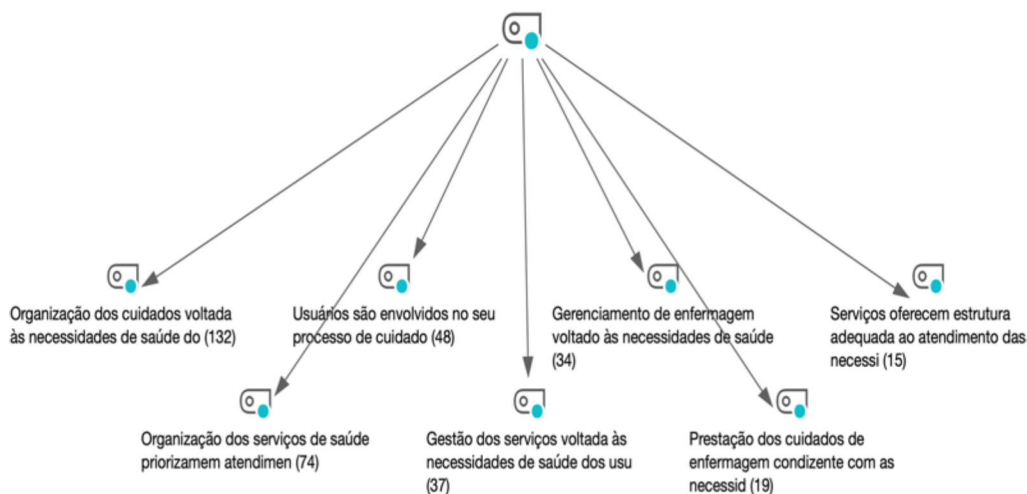
5.5 ANÁLISE DE DADOS

As dimensões da integração dos cuidados propostas por Contandriopoulos *et al.* (2001) se constituíram nas categorias de análise previamente definidas: integração dos cuidados, integração da equipe clínica, integração funcional, integração normativa e integração sistêmica. Cada uma das dimensões tem características

definidas como subcategorias. A partir disso, elaborou-se uma matriz de análise para cada dimensão da integração para agrupar as informações provenientes dos dados coletados, que foi utilizada para guiar a análise em todas as etapas de organização de dados (APÊNDICE 4).

As entrevistas, fontes primárias, foram transcritas, resultando em 517 páginas. Para auxiliar na organização e categorização dos textos, utilizou-se o software MAXQDA®, versão 2018, em etapas: 1) Cada segmento de texto foi denominado de acordo com as dimensões da integração – Categorias; 2) Os segmentos foram reorganizados com base nas características de cada dimensão da integração – Subcategorias; 3) Em cada característica foram selecionados e sintetizados os fragmentos mais significativos. Sendo assim, o software favoreceu a análise categorial. Os fragmentos mais compactados estão compilados em documentos gerados pelo software, e exemplos desses fragmentos foram organizados nas matrizes de análise de cada dimensão (APÊNDICE 4). A FIGURA 8 mostra a representação do processo de codificação do software.

FIGURA 8 – REPRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DO MAXQDA



FONTE: MAXQDA® (2018).

Documentos e arquivos computadorizados, fontes secundárias, considerados pertinentes ao estudo, foram analisados e deles, extraídas informações relacionadas às características de cada uma das dimensões da integração. Essas informações foram organizadas igualmente nas matrizes de análise (APÊNDICE 4).

Os dados provenientes das fontes primárias e secundárias foram analisados à luz do referencial teórico, representados na matriz de análise, e confrontados com

as proposições teóricas¹², dessa forma se deu a organização das informações em cada matriz de análise. Na sequência, essas informações foram sumarizadas de modo a concentrar os aspectos mais significativos (APÊNDICE 4) e, a partir disso, feitas considerações a respeito de cada dimensão, permitindo uma representação final da análise dos dados (QUADROS 2 e 3). Por fim, as subcategorias foram redistribuídas de acordo com os objetivos do estudo, permitindo uma visão geral (QUADRO 4).

Durante o estudo de caso, particularmente na análise de dados, são comuns inferências sobre as informações coletadas. Nesse sentido, as dimensões da integração foram se entremeando com os aspectos pesquisados, como, por exemplo, quais aspectos estão mais direcionados às características da integração normativa e assim por diante. Todas as dimensões envolvidas no sistema integrado estão compreendidas na organização de um Distrito Sanitário (FIGURA 9).

¹² As proposições teóricas representam questões centrais para este estudo, e orientaram na determinação dos dados que foram coletados bem como foram importantes estratégias para a análise, pois esboçam um padrão complexo de resultados esperados, permitindo a combinação padrão no momento da análise. Essas proposições teóricas, aperfeiçoadas pelos resultados desse estudo de caso estabelecem as bases para uma generalização analítica (YIN, 2015). Para fins didáticos são destacadas novamente:

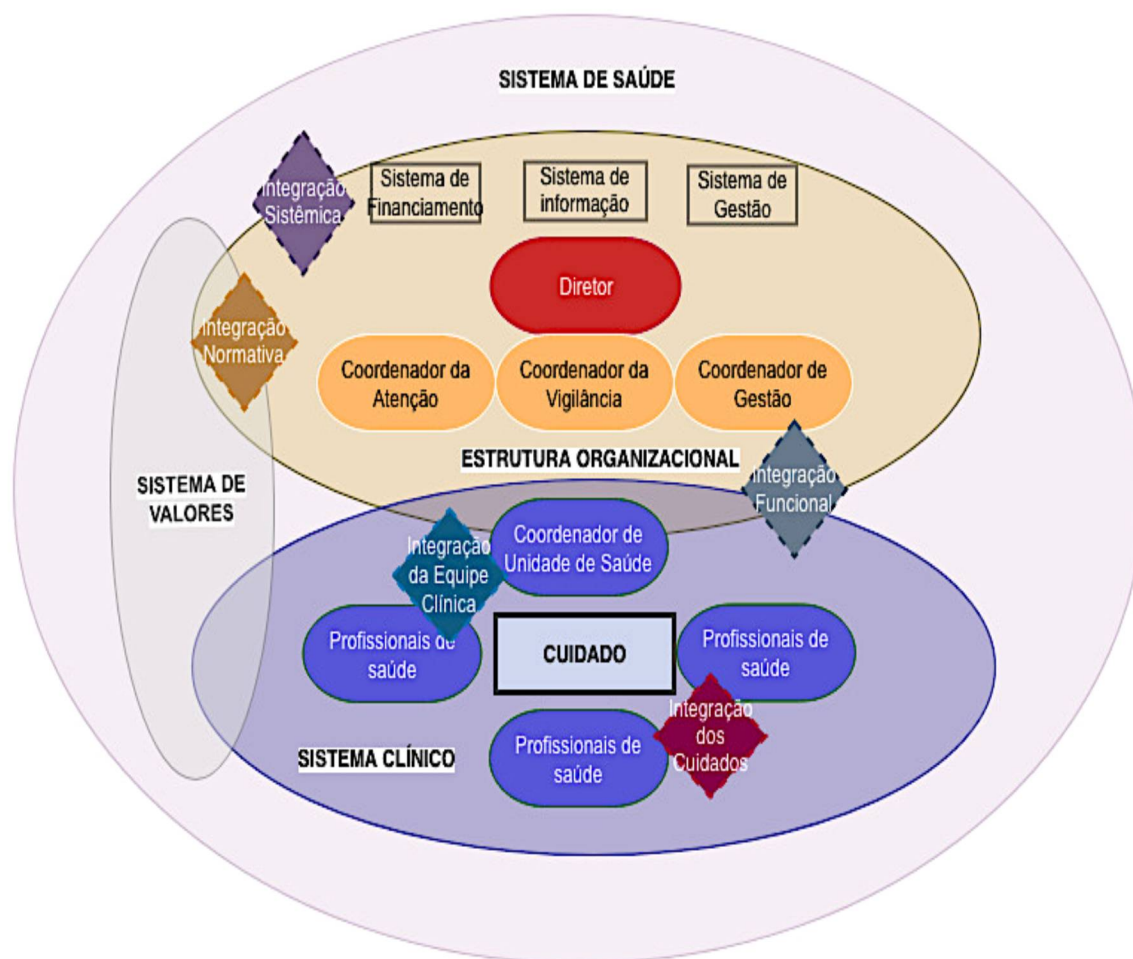
1-O modelo preconizado pelo SUS, centrado no usuário, tem, entre suas diretrizes, a integralidade, que potencializa a conformação das RAS em serviços integrados, nos quais operam profissionais de saúde, que têm por finalidade o cuidado integral ao indivíduo.

2-A garantia do cuidado integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis decorre da integração nos planos políticos, institucionais, organizacionais e assistenciais. No entanto, é no plano assistencial que o projeto terapêutico é operacionalizado mediante mecanismos para integração dos cuidados, tais como fluxos assistenciais de referência e contrarreferência.

3-A atuação dos coordenadores na organização e no planejamento das ações e a maneira como essa prática se consolida são fundamentais para a integração dos cuidados às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

4-Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro se destaca como um profissional com habilidades para responder às várias demandas da população, prestando, assim, uma contribuição expressiva na atenção integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

FIGURA 9 – DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - ORGANIZAÇÃO DE UM DISTRITO SANITÁRIO



FONTE: Adaptada de HARTZ & CONTANDRIOPOULOS (2004).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu o disposto na Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná- UFPR, sob o Parecer no 888.681 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 36975914.0000.0102, e pela Instituição Coparticipante sob o Parecer no 944.669 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 36975914.5.3002.0101 (ANEXO).

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do estudo e aceite dos participantes. Foi feito contato pessoal prévio com os participantes do estudo em uma

reunião de colegiado, tendo participado todos os coordenadores do distrito, ocasião em que foram esclarecidos os objetivos do estudo bem como a relevância da pesquisa, sensibilizando os profissionais sobre a temática a ser abordada. Posteriormente, cada profissional foi contatado e agendados horários e locais estabelecidos, segundo a disponibilidade de cada um. Na ocasião, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3), elucidando as dúvidas e, em caso de aceite em participar do estudo, solicitada autorização mediante assinatura de cada participante após todo o entendimento. Na mesma oportunidade agendada, foi questionado a respeito de documentos e arquivos computadorizados condizentes com os objetivos, tendo os materiais citados pelos profissionais sido levados em consideração na segunda fase do estudo.

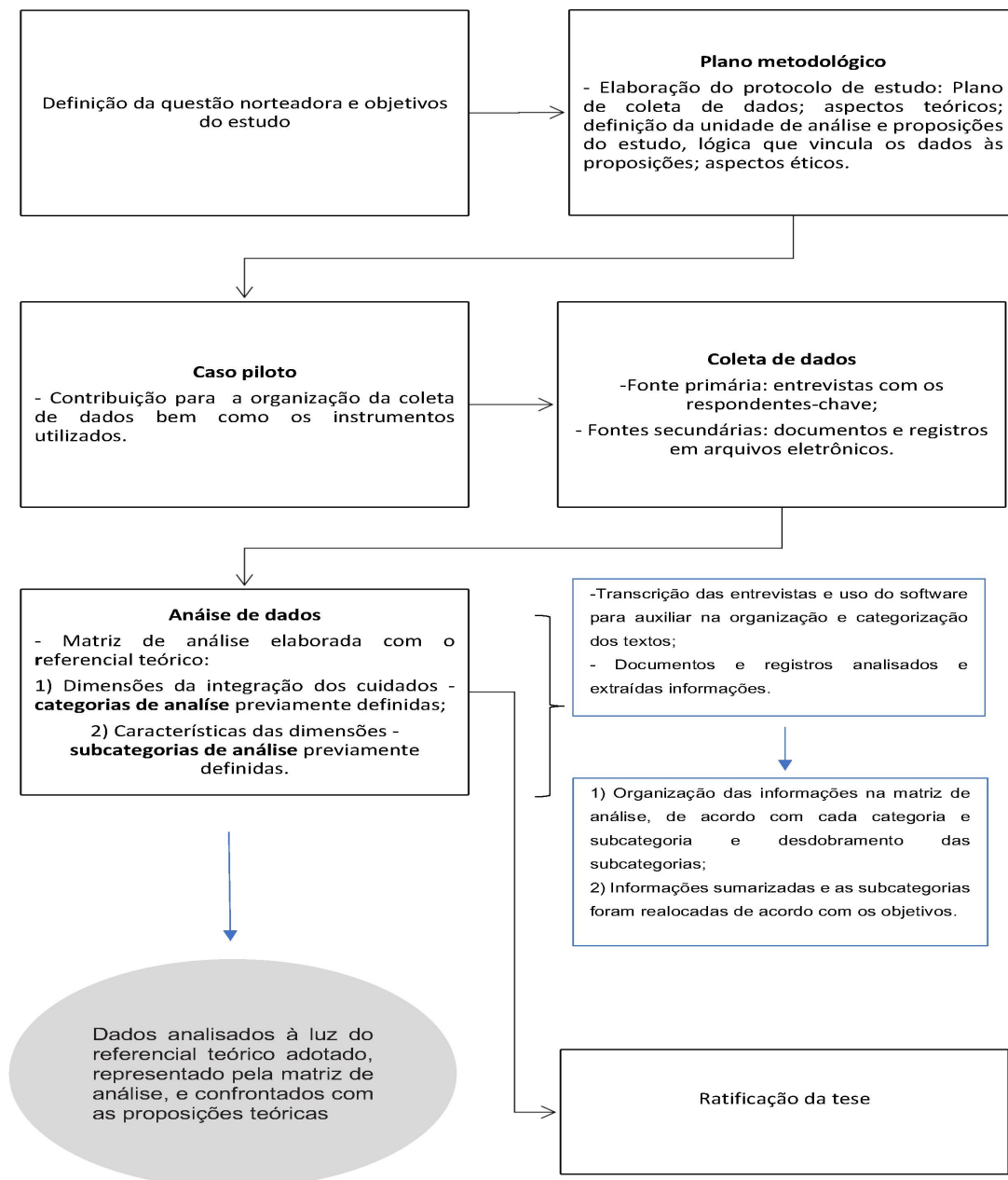
Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser coordenador no distrito sanitário e ser enfermeiro assistencial. Assim, para os coordenadores, abrangeu: o Coordenador de Atenção em Saúde, o Coordenador de Vigilância em Saúde, o Coordenador de Gestão em Saúde e os coordenadores locais de cada uma das 15 Unidades de Saúde. Para os enfermeiros, foi estabelecida como critério de inclusão a disponibilidade em participar do estudo. Dessa forma, escolheu-se aleatoriamente um enfermeiro de cada unidade. Como critérios de exclusão, qualquer afastamento durante o período de coleta de dados. Para os enfermeiros assistenciais, o critério de exclusão ocorreu diante da indisponibilidade no dia agendado em participar do estudo. Dois enfermeiros estavam indisponíveis nos dias agendados e, nessas situações, entrou-se em contato com outros enfermeiros e agendou-se nova data para coleta.

Para garantir o anonimato e para apresentação dos resultados, os participantes foram identificados por letras seguidas de um número em ordem crescente, conforme a ordem de realização das entrevistas. Assim, a letra E seguida de um número para representar os enfermeiros assistenciais (E1, E2... E15), a letra C seguida de um número (C1, C2...C15) para representar os coordenadores de cada uma das unidades de saúde e a letra G seguida de um número (G1...G4) para representar os coordenadores e o diretor do distrito. Os dados referentes à entrevista, documentos e arquivos computadorizados estão identificados pela letra "EN", "DC" e "AC", respectivamente.

5.7 RESUMO DO MÉTODO

Esta pesquisa utiliza os cinco componentes considerados essenciais em um estudo de caso: a questão norteadora, as proposições teóricas, a unidade de análise, a lógica que une os dados às proposições e os critérios para interpretar as constatações, os dois últimos perfazendo a análise dos dados (FIGURA 10).

FIGURA 10 – RESUMO DO MÉTODO



FONTE: A autora (2019).

6 RESULTADOS

Este capítulo traz a caracterização dos participantes, TABELAS 1, 2 e 3, com alguns aspectos relacionados. Na sequência, os resultados serão apresentados em tabelas, quadros e figuras. As TABELAS 4, 5, 6, 7, 8 e 9 mostram a frequência dos códigos obtidos pelas entrevistas analisadas. As subcategorias estão intituladas conforme descritas nos instrumentos de coleta de dados.

6.1 CARACTERIZAÇÃO

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO À IDADE, SEXO, ÁREA DE FORMAÇÃO, TEMPO NO SERVIÇO, CARGO EXERCIDO E QUALIFICAÇÃO - CURITIBA, 2019.

CARACTERIZAÇÃO	N	%
Idade		
31 - 40 anos	14	41,18
41 - 50 anos	10	29,41
51 - 61 anos	10	29,41
Total	34	100
Sexo		
Feminino	31	91,18
Masculino	3	8,82
Total	34	100
Área de formação		
Enfermeiro	31	91,17
Farmacêutico	2	5,88
Cirurgião dentista	1	2,94
Total	34	100
Tempo no serviço em questão		38,23
6 meses - 2 anos	13	
3 - 5 anos	11	32,35
8 - 10 anos	7	20,59
15 - 19 anos	3	8,82
Total	34	100
Cargo		44,12
Enfermeiro assistencial.	15	
Coordenador de Unidade de Saúde	15	44,12
Coordenador no distrito	4	11,76
Total	34	100
Qualificação		5,88
Mestrado	2	
Especialização lato sensu	32	94,12
Total	34	100

FONTE: A autora (2019).

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS COORDENADORES QUANTO À IDADE, SEXO, ÁREA DE FORMAÇÃO, TEMPO NO SERVIÇO E QUALIFICAÇÃO - CURITIBA, 2019.

CARACTERIZAÇÃO DOS COORDENADORES	N	%
Idade		
31 - 39 anos	7	36,84
41 - 49 anos	7	36,84
50 - 56 anos	5	26,31
Total	19	100
Sexo		
Feminino	19	100
Total	19	100
Área de formação		
Enfermeiro	16	84,21
Farmacêutico	2	10,53
Cirurgião dentista	1	5,26
Total	19	100
Tempo no serviço em questão		
6 meses - 2 anos	10	52,63
3 - 5 anos	4	21,05
8 - 10 anos	4	21,05
15 - 19 anos	1	5,26
Total	19	100
Qualificação		
Mestrado	1	5,26
Especialização lato sensu	18	94,74
Total	19	100

FONTE: A autora (2019).

TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À IDADE, SEXO, TEMPO NO SERVIÇO E QUALIFICAÇÃO - CURITIBA, 2019.

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS	N	%
Idade		
33 - 39 anos	6	40,00
40 - 43 anos	3	20,00
51 - 61 anos	6	40,00
Total	15	100
Sexo		
Feminino	12	80,00
Masculino	3	20,00
Total	15	100
Tempo no serviço em questão		
6 meses - 2 anos	3	20,00
3 - 5 anos	7	46,67
8 - 10 anos	3	20,00
15 - 19 anos	2	13,33
Total	15	100
Qualificação		
Mestrado	1	6,67
Especialização lato sensu	14	93,33
Total	15	100

FONTE: A autora (2019).

Os participantes do estudo são indivíduos do sexo feminino (91,1%), com faixa etária entre 31-40 anos (41,1%), 41-50 anos (29,4%) e 51-61 anos (29,4%), com tempo de serviço de 6 meses a 2 anos (38,2%), 3-5 anos (32,3%), 8-10 anos (20,5%) e 15-19 anos (8,8%). A maioria dos profissionais era graduada em Enfermagem (91,1%), seguido de Farmácia (8,8%) e Odontologia (2,9%). Destes profissionais, 44,1% ocupavam o cargo de coordenador de unidade, e o mesmo percentual (44,1%) ocupava o cargo de enfermeiro assistencial, 11,7% eram Coordenadores do distrito, entre esses o Diretor do distrito. Percebe-se que a composição de coordenadores no distrito como um todo é essencialmente de enfermeiros. Quanto à formação, todos os profissionais têm pós-graduação: 94,1% em nível lato sensu e 5,8% em nível stricto sensu (mestrado).

6.2 CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO E REDE DE CUIDADOS

Esta seção apresenta os resultados relacionados às contribuições do enfermeiro, às estratégias de integração e aos aspectos relacionados à rede de cuidados do Distrito Sanitário, segundo as dimensões da integração.

As TABELAS 4, 5, 6, 7, 8 e 9, apresentadas inicialmente, representam os fragmentos codificados e fazem alusão aos resultados do estudo por meio da representatividade de cada uma das subcategorias do estudo, permitindo um reconhecimento das informações obtidas pelos discursos dos enfermeiros e dos coordenadores, em conjunto e separadamente.

As TABELAS 4, 5 e 6 mostram a frequência dos segmentos codificados. É possível constatar que a subcategoria “Organização dos cuidados voltada às necessidades de saúde dos usuários” foi a mais codificada (n=132) entre todos os participantes, seguida pela “Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade” (n=74). A mesma subcategoria foi apontada de maneira mais enfática pelos coordenadores (n=81) (TABELA 5), quando comparada aos enfermeiros (n=51) (TABELA 6). A segunda subcategoria mais frequente entre os coordenadores foi “Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde” (n=58), e entre os enfermeiros, “Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada” (n=22). Isso denota um bom envolvimento do distrito com os aspectos organizacionais e operacionais do cuidado, envolvendo o distrito como um todo. Pode-se destacar ainda que esses aspectos organizacionais e operacionais do cuidado são bem demarcados nas TABELAS 5 e 6, considerando a frequência dos códigos obtidos. Ou seja, os aspectos obtidos pelos discursos dos coordenadores estão mais relacionados com aspectos funcionais do distrito, ao passo que os discursos dos enfermeiros denotam uma abordagem mais prática.

TABELA 4 – FREQUÊNCIA DOS SEGMENTOS CODIFICADOS - CURITIBA, 2019

Códigos	N	%
Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários	132	17,44
Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade	74	9,78
Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde	63	8,32
Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada	48	6,34
Sistema de informação	46	6,08
Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde	37	4,89
Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde	34	4,49
Diretrizes e protocolos são seguidos	33	4,36
São estabelecidas parcerias	30	3,96
Cuidado com foco no usuário é uma norma importante	27	3,57
Mecanismos de coordenação informais são considerados essenciais	24	3,17
Princípios de organização do sistema de saúde são consistentes	24	3,17
Abordagem interdisciplinar consistente	23	3,04
Cooperação entre os profissionais para a obtenção do cuidado continuado	22	2,91
Sistema de financiamento	19	2,51
Prestação dos cuidados de enfermagem	19	2,51
Engajamento de várias partes interessadas	16	2,11
Feedback regular dos indicadores de desempenho	16	2,11
Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades dos usuários	15	1,98
São definidos papéis e responsabilidades	15	1,98
Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro	10	1,32
Decisões dos profissionais consistentes	10	1,32
Missão, visão, valores e cultura são compartilhados	9	1,19
Coordenação da assistência por outro profissional	6	0,79
Serviço de gestão para o cliente	5	0,66
TOTAL	757	100,00

FONTE: MAXQDA® (2018).

TABELA 5 – FREQUÊNCIA DOS SEGMENTOS CODIFICADOS ENTRE OS COORDENADORES - CURITIBA, 2019

Códigos - COORDENADORES	N	%
Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários	81	14,84
Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde	58	10,62
Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade	54	9,89
Sistema de informação	39	7,14
Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde	33	6,04
Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada	26	4,76
Cuidado com foco no usuário é uma norma importante	25	4,58
São estabelecidas parcerias	21	3,85
Diretrizes e protocolos são seguidos	21	3,85
Cooperação entre os profissionais para a obtenção do cuidado continuado	20	3,66
Mecanismos de coordenação informais são considerados essenciais	19	3,48
Princípios de organização do sistema de saúde são consistentes	17	3,11
Engajamento de várias partes interessadas	16	2,93
Sistema de financiamento	14	2,56
Prestação dos cuidados de enfermagem	13	2,38
Feedback regular dos indicadores de desempenho	13	2,38
Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde	13	2,38
Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro	10	1,83
Abordagem interdisciplinar consistente	10	1,83
São definidos papéis e responsabilidades	9	1,65
Missão, visão, valores e cultura são compartilhados	8	1,47
Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades dos usuários	8	1,47
Decisões dos profissionais consistentes	8	1,47
Coordenação da assistência por outro profissional	6	1,10
Serviço de gestão para o cliente	4	0,73
TOTAL	546	100,00

FONTE: MAXQDA® (2018).

TABELA 6 – FREQUÊNCIA DOS SEGMENTOS CODIFICADOS ENTRE OS ENFERMEIROS - CURITIBA, 2019

Códigos - ENFERMEIROS	N	%
Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários	51	24,17
Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada	22	10,43
Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde	21	9,95
Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade	20	9,48
Abordagem interdisciplinar consistente	13	6,16
Diretrizes e protocolos são seguidos	12	5,69
São estabelecidas parcerias	9	4,27
Sistema de informação	7	3,32
Princípios de organização do sistema de saúde são consistentes	7	3,32
Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades dos usuários	7	3,32
São definidos papéis e responsabilidades	6	2,84
Prestação dos cuidados de enfermagem	6	2,84
Mecanismos de coordenação informais são considerados essenciais	5	2,37
Sistema de financiamento	5	2,37
Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde	5	2,37
Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde	4	1,90
Feedback regular dos indicadores de desempenho	3	1,42
Decisões dos profissionais consistentes	2	0,95
Cooperação entre os profissionais para a obtenção do cuidado continuado	2	0,95
Cuidado com foco no usuário é uma norma importante	2	0,95
Serviço de gestão para o cliente	1	0,47
Missão, visão, valores e cultura são compartilhados	1	0,47
Engajamento de várias partes interessadas	0	0,00
Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro	0	0,00
Coordenação da assistência por outro profissional	0	0,00
TOTAL	211	100,00

FONTE: MAXQDA® (2018).

Nas TABELAS 7, 8 e 9, é possível verificar os documentos codificados. Nota-se que nenhuma das subcategorias esteve presente em todas as 34 entrevistas analisadas (TABELAS 7, 8 e 9), no entanto, mais uma vez, a subcategoria “Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários” foi a mais representativa, estando presente em 79,4% das entrevistas (n=27) quando são analisados todos os discursos, seguida da “Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada”, com uma representação de 76,5% (n=26). A TABELA 8 mostra que, nos discursos dos coordenadores, foi possível resgatar aspectos referentes a todos os códigos, com maior ou menor representatividade, ao contrário do que se observa na TABELA 9, na qual é possível

constatar que alguns códigos não foram apontados. Isso pode estar relacionado ao fato de os enfermeiros assistenciais não terem aproximação com alguns assuntos enfatizados no estudo.

TABELA 7 – DOCUMENTOS CODIFICADOS - CURITIBA, 2019

Códigos	N	%	% (válida)
Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários	27	79,4	79,4
Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada	26	76,5	76,5
Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade	23	67,6	67,6
Sistema de informação	20	58,8	58,8
Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde	19	55,9	55,9
Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde	19	55,9	55,9
Mecanismos de coordenação informais são considerados essenciais	17	50,0	50,0
Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde	16	47,1	47,1
Cooperação entre os profissionais	16	47,1	47,1
Diretrizes e protocolos são seguidos	16	47,1	47,1
São estabelecidas parcerias	15	44,1	44,1
Cuidado com foco no usuário é uma norma importante	14	41,2	41,2
Sistema de financiamento	14	41,2	41,2
Princípios de organização do sistema de saúde consistentes	14	41,2	41,2
Prestação dos cuidados de enfermagem	13	38,2	38,2
Feedback regular dos indicadores de desempenho	13	38,2	38,2
São definidos papéis e responsabilidades	12	35,3	35,3
Abordagem interdisciplinar consistente	11	32,4	32,4
Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades dos usuários	10	29,4	29,4
Missão, visão, valores e cultura são compartilhados	9	26,5	26,5
Decisões dos profissionais consistentes	9	26,5	26,5
Engajamento de várias partes interessadas	8	23,5	23,5
Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro	5	14,7	14,7
Serviço de gestão para o cliente	5	14,7	14,7
Coordenação da assistência por outro profissional	3	8,8	8,8
DOCUMENTOS com código(s)	34	100,00	100,00
DOCUMENTOS sem código(s)	0	0,0	-
DOCUMENTOS ANALISADOS	34	100,00	-

FONTE: MAXQDA® (2018).

TABELA 8 – DOCUMENTOS CODIFICADOS: COORDENADORES - CURITIBA, 2019

Códigos	N	%	% (válida)
Sistema de informação	16	84,21	84,21
Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde	15	78,95	78,95
Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade	15	78,95	78,95
Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários	14	73,68	73,68
Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada	14	73,68	73,68
Cooperação entre os profissionais	14	73,68	73,68
Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde	13	68,42	68,42
Mecanismos de coordenação informais são considerados essenciais	13	68,42	68,42
Cuidado com foco no usuário é uma norma importante	12	63,16	63,16
Feedback regular dos indicadores de desempenho	11	57,89	57,89
São estabelecidas parcerias	10	52,63	52,63
Sistema de financiamento	10	52,63	52,63
Diretrizes e protocolos são seguidos	10	52,63	52,63
Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde	9	47,37	47,37
Prestação dos cuidados de enfermagem	9	47,37	47,37
Princípios de organização do sistema de saúde consistentes	9	47,37	47,37
Engajamento de várias partes interessadas	8	42,11	42,11
Missão, visão, valores e cultura são compartilhados	8	42,11	42,11
Decisões dos profissionais consistentes	7	36,84	36,84
São definidos papéis e responsabilidades	6	31,58	31,58
Abordagem interdisciplinar consistente	6	31,58	31,58
Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro	5	26,32	26,32
Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades dos usuários	4	21,05	21,05
Serviço de gestão para o cliente	4	21,05	21,05
Coordenação da assistência por outro profissional	3	15,79	15,79
DOCUMENTOS com código(s)	19	100,00	100,00
DOCUMENTOS sem código(s)	0	0,00	-
DOCUMENTOS ANALISADOS	19	100,00	-

FONTE: MAXQDA® (2018).

TABELA 9 – DOCUMENTOS CODIFICADOS: ENFERMEIROS - CURITIBA, 2019

Códigos - ENFERMEIROS	N	%	% (válida)
Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários	13	86,67	86,67
Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada	12	80,00	80,00
Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde	10	66,67	66,67
Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade	8	53,33	53,33
Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades dos usuários	6	40,00	40,00
São definidos papéis e responsabilidades	6	40,00	40,00
Diretrizes e protocolos são seguidos	6	40,00	40,00
São estabelecidas parcerias	5	33,33	33,33
Princípios de organização do sistema de saúde consistentes	5	33,33	33,33
Abordagem interdisciplinar consistente	5	33,33	33,33
Sistema de financiamento	4	26,67	26,67
Sistema de informação	4	26,67	26,67
Mecanismos de coordenação informais são considerados essenciais	4	26,67	26,67
Prestação dos cuidados de enfermagem	4	26,67	26,67
Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde	4	26,67	26,67
Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde	3	20,00	20,00
Cuidado com foco no usuário é uma norma importante	2	13,33	13,33
Decisões dos profissionais consistentes	2	13,33	13,33
Feedback regular dos indicadores de desempenho	2	13,33	13,33
Cooperação entre os profissionais	2	13,33	13,33
Serviço de gestão para o cliente	1	6,67	6,67
Missão, visão, valores e cultura são compartilhados	1	6,67	6,67
Engajamento de várias partes interessadas	0	0,00	0,00
Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro	0	0,00	0,00
Coordenação da assistência por outro profissional	0	0,00	0,00
DOCUMENTOS com código(s)	15	100,00	100,00
DOCUMENTOS sem código(s)	0	0,00	-
DOCUMENTOS ANALISADOS	15	100,00	-

FONTE: MAXQDA® (2018).

Os QUADROS 2 e 3 trazem as contribuições do enfermeiro e as estratégias de integração segundo as dimensões da integração.

QUADRO 1 – DOCUMENTOS E ARQUIVOS ANALISADOS

Dimensões da Integração	Contribuição do enfermeiro
SISTÊMICA	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação das coordenadoras do distrito e das coordenadoras locais – considerando a formação em enfermagem – favorece a reciprocidade dos profissionais e permite um melhor envolvimento com a rede.
NORMATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros em cargos de coordenação têm, de modo geral, consistência em suas práticas, o que leva a crer que contribuem com a integração quando se inserem na gestão do Município. - Na ausência de um coordenador, na maioria das vezes é um enfermeiro que assume essa função, de maneira consensual e informal. - Os enfermeiros se destacam por sua articulação com outras profissões no atendimento aos doentes crônicos, sobretudo quando fazem parte de equipes Estratégia Saúde da Família.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros têm potencial para contribuir com a integração nesse contexto, especialmente quando realizam corretamente o planejamento e a organização de ações que demandam gastos relativamente altos, como, por exemplo, os curativos especiais e a disponibilização de fitas de glicemias aos usuários cadastrados no programa de diabetes.
EQUIPE CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros assistenciais, de acordo com sua capacidade gerencial, estabelecem contato diário com os outros profissionais, entre eles os profissionais da equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e quando utilizam essa característica em prol do usuário, favorecem a integração. Para tanto, alguns instrumentos, como aplicativos de celular, favorecem o contato. - Os enfermeiros também fornecem apoio ao coordenador local, principalmente quando ele não tem como formação a enfermagem.
CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Os coordenadores locais estimulam a coesão no trabalho em equipe. Garantem um adequado gerenciamento das escalas, permitindo que o serviço não pare e o usuário sempre obtenha atendimento naquilo de que precisa. - A atenção às DCNT implica contribuição diária dos enfermeiros junto ao gestor local, e isso é confirmado quando coordenam suas equipes de enfermagem, fornecendo suporte clínico para o desenvolvimento das atividades em grupo ou atendimentos individuais aos usuários na unidade de saúde. - O maior quantitativo de enfermeiros coordenadores sugere que, dada a sua formação que lhe permite exercer várias funções, o enfermeiro pode ser considerado um profissional dinâmico e com potencial para contribuir com a integração na rede. - O enfermeiro prioriza o atendimento clínico voltado às DCNT, e maior ênfase é dada aos usuários hipertensos e diabéticos. Nesse sentido, pode definir junto da sua equipe a forma como o cuidado será ofertado. - A atenção às DCNT exige profissionais engajados, que respondam rapidamente às demandas, e, nesse sentido, o enfermeiro assume vários aspectos da assistência, sendo muito solicitado tanto pela gestão para a prestação de informações, quanto pelos usuários para a resolução de problemas. - O enfermeiro se caracteriza aqui como o profissional que está na linha de frente na assistência aos doentes crônicos, sendo dele demandados maior responsabilidade e comprometimento na prevenção e acompanhamento desses usuários, em detrimento do autocuidado preconizado.

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 1 – DOCUMENTOS E ARQUIVOS ANALISADOS

(Continua)

Dimensões da Integração	Estratégias de integração
SISTÊMICA	A organização do distrito por meio de várias coordenações e o próprio cargo são estratégias que permitem operar o equivalente a uma fração da rede de cuidados, ampliando as possibilidades de alcance dos princípios e diretrizes do SUS.
NORMATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Os coordenadores se traduzem em importantes elos de ligação entre a unidade de saúde e o distrito e deste com o Município, sendo, por essa razão, uma estratégia fundamental para a integração dos cuidados às DCNT. - Há o esforço da secretaria em integrar cada vez mais o distrito, exemplo disso são as interações entre as coordenações dos distritos e as coordenações locais. - A coordenação informal e o fato de os coordenadores locais reconhecerem esse aspecto favorecem o bom andamento dos serviços, permitindo que as ações não sejam descontinuadas. - Outro aspecto importante são as equipes NASF, que se destacam em todas as unidades pelo seu trabalho em equipe.
FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Plano Municipal de Saúde - eixo norteador para a organização da atenção à saúde. - Plano Operativo Anual - uma ferramenta de gestão que permite operacionalizar metas discutidas. - Organização do distrito e a composição de coordenadores do distrito - Gestão, Atenção e Vigilância em Saúde – favorece a integração. - Os coordenadores buscam integrar as equipes nos processos decisórios. - O Sistema de Informação do distrito, o e-Saúde, é mencionado como uma importante estratégia para conectar o distrito, vinculando as equipes clínicas e estabelecendo conexões entre profissionais e usuários. - Central de Atendimento e Informações 156 - canal de comunicação entre a prefeitura e o usuário; fornece atendimento às demandas da população.
EQUIPE CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> - O Coordenador local favorece o entrosamento entre a equipe. Independentemente da formação, são profissionais que são referência para a equipe, fornecendo apoio necessário. Sua articulação com o distrito torna-se favorável no contexto de atendimento aos doentes crônicos, que, eventualmente, demandam encaminhamentos e fluxos que exigem um bom conhecimento da rede. - Os coordenadores, do distrito e locais, são mediadores para a construção de parcerias profissionais. - Os coordenadores têm um canal de comunicação, via aplicativo de celular, onde são disponibilizados desde materiais até vagas com especialistas. Isso adapta a estrutura às necessidades dos usuários com DCNT, mesmo quando essa estrutura não tenha genuinamente tudo o que é demandado.

QUADRO 3 – ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO

(Conclusão)

Dimensões da Integração	Estratégias de integração
CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> - O contato próximo entre as coordenações locais e as coordenações do distrito e o acesso facilitado permitem a resolução de várias situações diárias, tais como priorização de consultas e direcionamento de usuários a outros serviços. - Os profissionais têm autonomia para decidir como será organizado o cuidado, tendo em vista as particularidades de cada área e de cada serviço e assim satisfazer as várias demandas de cuidados aos doentes crônicos. Algumas unidades promovem atendimento em grupo de orientação, com data e assunto definidos previamente, outras unidades promovem consultas individuais, havendo aquelas que combinam os dois modelos. - Algumas tecnologias otimizam o cuidado ao usuário e melhoram a qualidade da assistência, como os glicosímetros e o eletrocardiograma. Implicam comunicação entre os profissionais, contato entre diferentes serviços que precisam estar aptos para desenvolver as práticas relacionadas e proximidade diária com o usuário para o sucesso do cuidado. - Os dispositivos são interligados por mecanismos de apoio e de gestão. Esses mecanismos podem se traduzir na comunicação diária entre profissionais de várias maneiras – reuniões de colegiados, oficinas realizadas com a diretora do distrito para rever o planejamento local de cada unidade, gestão de recursos e insumos com base nas necessidades e diagnóstico situacional, capacitações, que favorecem a organização dos cuidados, tudo isso para favorecer a continuidade dos cuidados. Algumas estratégias facilitam os fluxos de atendimento ao usuário, como o sistema de informação, e-mails e contato telefônico. Há um grande empenho em integrar cada vez mais a rede, articulando os serviços e os profissionais, sendo essa meta alcançada com maior sucesso dentro do próprio distrito.

FONTE: A autora (2019).

As FIGURAS 11, 12, 13, 14 E 15 são representações que contribuem com o entendimento da rede de cuidados do distrito, destacando aspectos que perfazem os resultados de maneira objetiva.

A FIGURA 11 representa a rede de cuidados do Distrito Sanitário segundo as dimensões da integração. Dessa forma, têm-se, no contexto estudado, o sistema de saúde e o distrito, subdividido didaticamente na estrutura organizacional e no sistema clínico, e nesse contexto podem ser compreendidas as várias dimensões da integração.

A integração sistêmica permite conectar o distrito à rede e ao sistema de saúde e resulta da interação constante entre os profissionais e entre os serviços.

A integração normativa é essencial para garantir consistência nas ações profissionais, para assegurar a conexão entre o sistema de valores e o sistema clínico e a estrutura organizacional, sendo essa dimensão embasada no comportamento humano. Assim, por meio de uma coordenação informal, ou seja, de maneira

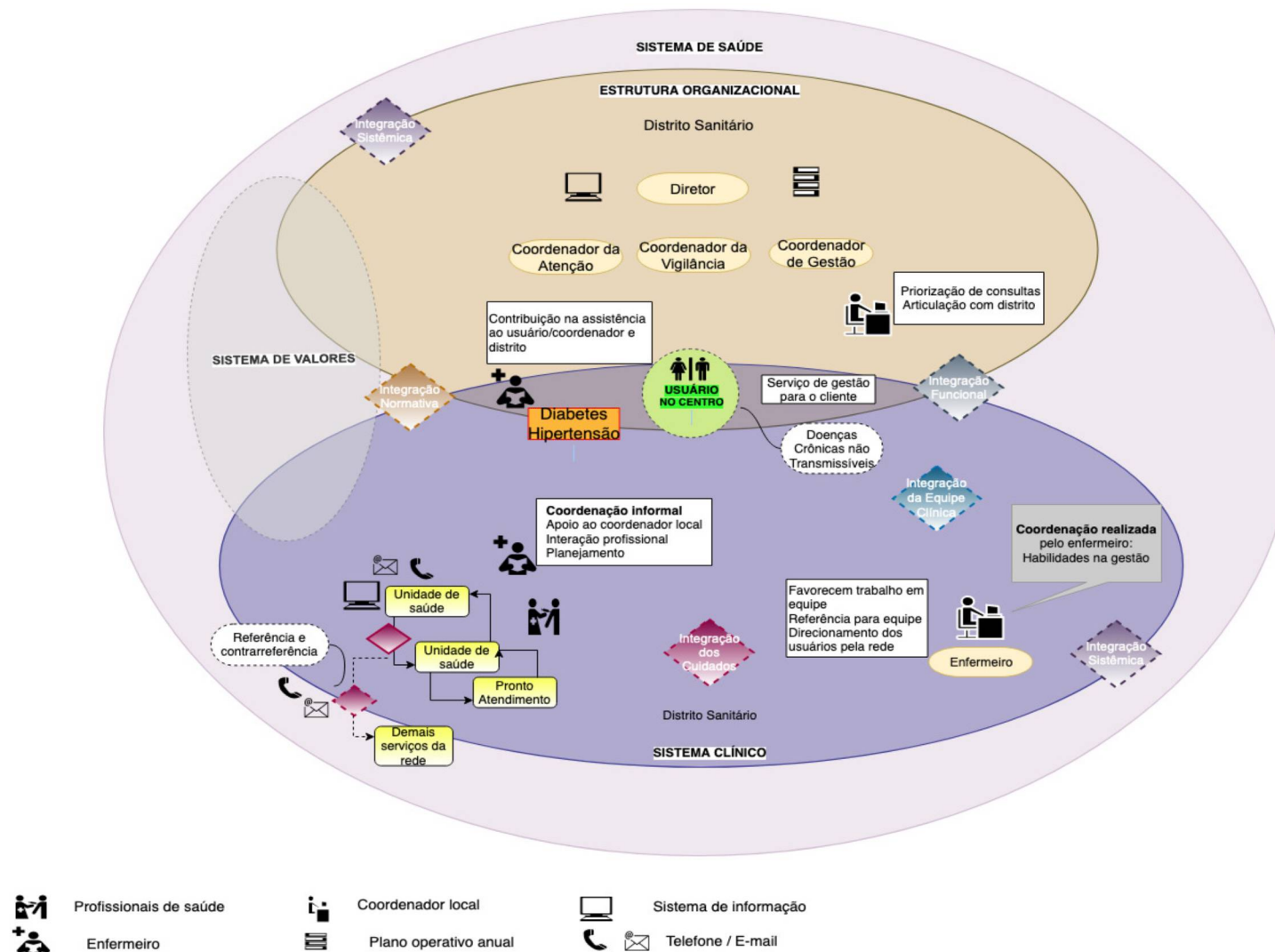
consensual e na informalidade, os enfermeiros assistenciais assumem algumas funções do coordenador da sua unidade.

Dentro do distrito, as coordenações da Atenção, da Gestão e da Vigilância em Saúde podem ser sobrepostas à integração funcional, diante das peculiaridades e funções de cada uma delas. Essa dimensão também favorece a conexão dentro do distrito, por meio de mecanismos que viabilizam o cuidado. Nesse sentido, podem ser apontados as decisões em equipe, o sistema de informação, o planejamento e a organização das ações pelo enfermeiro e o serviço de gestão para o cliente.

A integração da equipe clínica pressupõe um grande esforço de cooperação entre os profissionais para que o trabalho em equipe possa de fato ocorrer. Assim, o coordenador local potencializa a interação entre os profissionais, sendo uma importante referência para a equipe. Além disso, a priorização de consultas e a articulação do coordenador com o distrito favorecem o atendimento aos doentes crônicos, que demandam encaminhamentos e fluxos constantes.

A integração dos cuidados é o objetivo final de todo o processo de integração e compreende mecanismos para operacionalizar o cuidado. No Distrito Sanitário, os profissionais têm autonomia para decidir seu processo de trabalho, sempre com vistas às necessidades de saúde dos usuários com DCNT. Algumas estratégias se constituem em importantes canais de comunicação, tais como e-mail, telefone e o sistema de informação. O e-mail e o telefone, particularmente, são canais que subsidiam algumas experiências iniciais de referência e contrarreferência.

FIGURA 11 – REDE DE CUIDADOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO

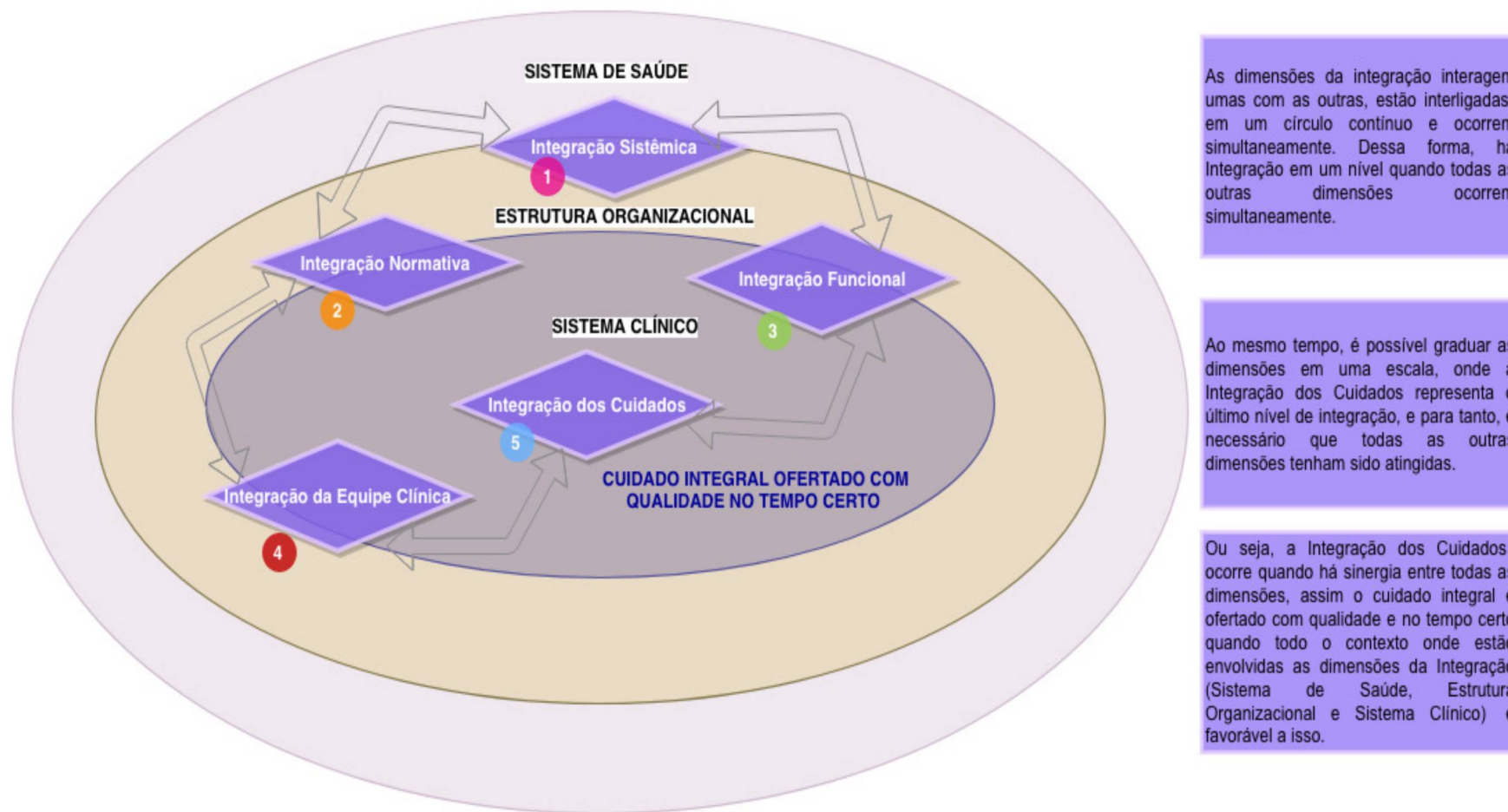


FONTE: A autora (2019).

Na FIGURA 12, é possível visualizar a inter-relação das dimensões da integração na rede de cuidados. Compreende-se, dessa forma, que todas as dimensões ocorrem simultaneamente, tendo como base suas peculiaridades.

A integração é um processo que pode ser compreendida sob várias facetas, no entanto, ela se completa pela coesão de todas essas partes, com maior ênfase na integração dos cuidados, que será visualizada tendo como referência a obtenção do cuidado integral.

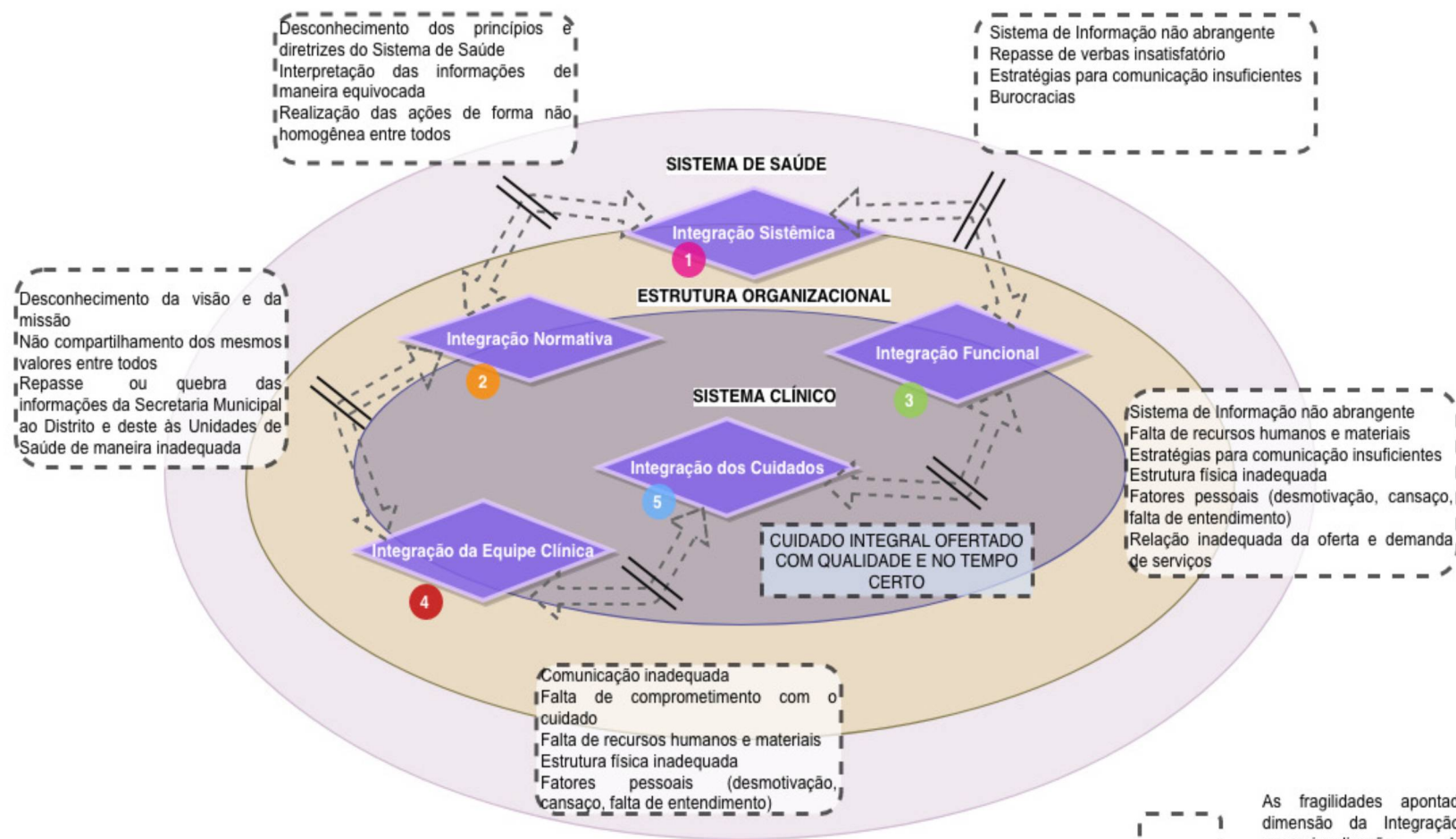
FIGURA 12 – INTER-RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO NA REDE DE CUIDADOS DE UM DISTRITO SANITÁRIO



FONTE: A autora (2019).

A FIGURA 13 mostra de maneira esquemática as fragilidades na rede de cuidados do distrito segundo as dimensões da integração. Vários aspectos relacionados a cada uma das dimensões podem ser considerados limitações para obtenção da integração.

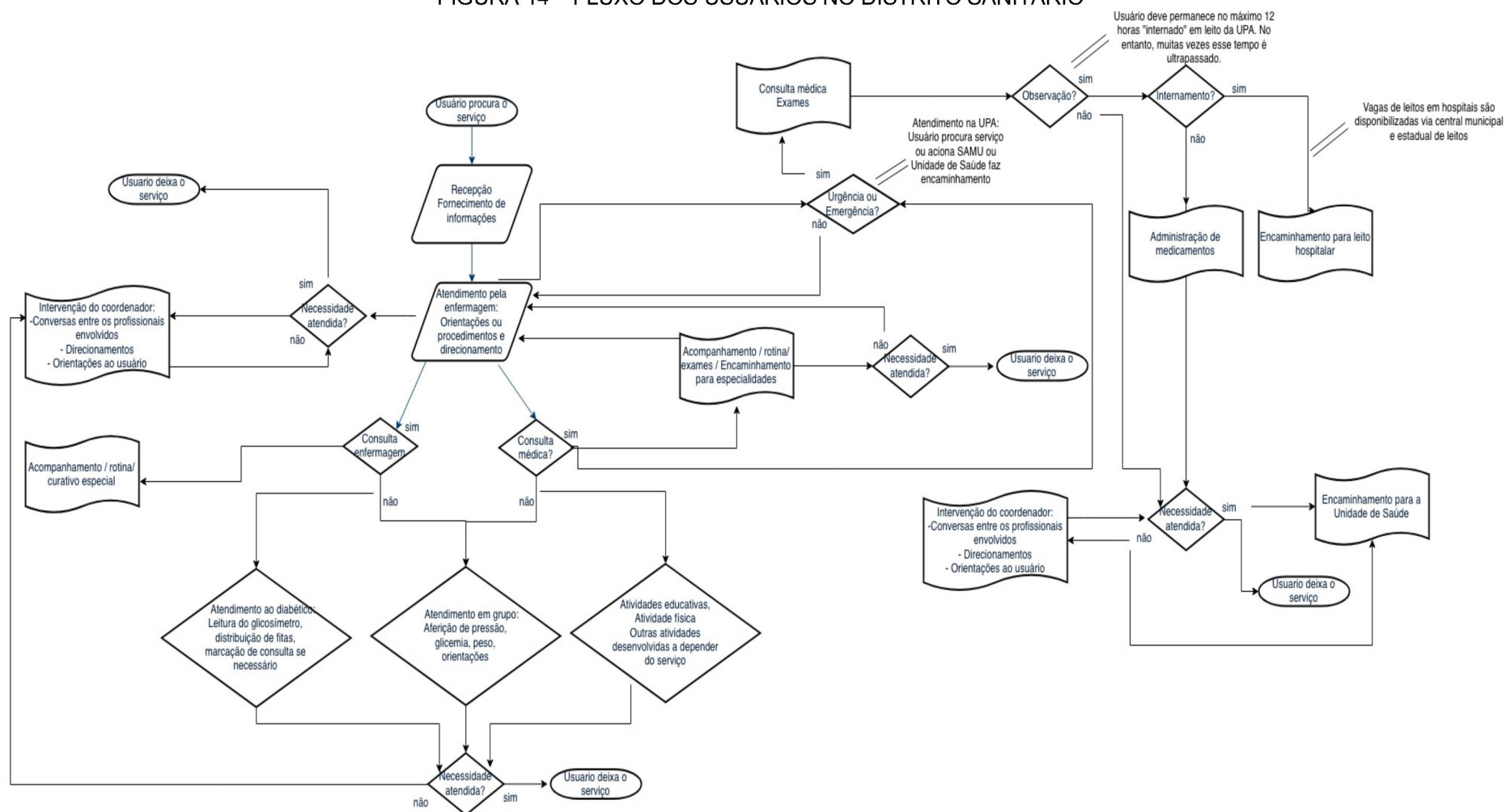
FIGURA 13 – FRAGILIDADES NA REDE DE CUIDADOS EM UM DISTRITO SANITÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO



FONTE: A autora (2019).

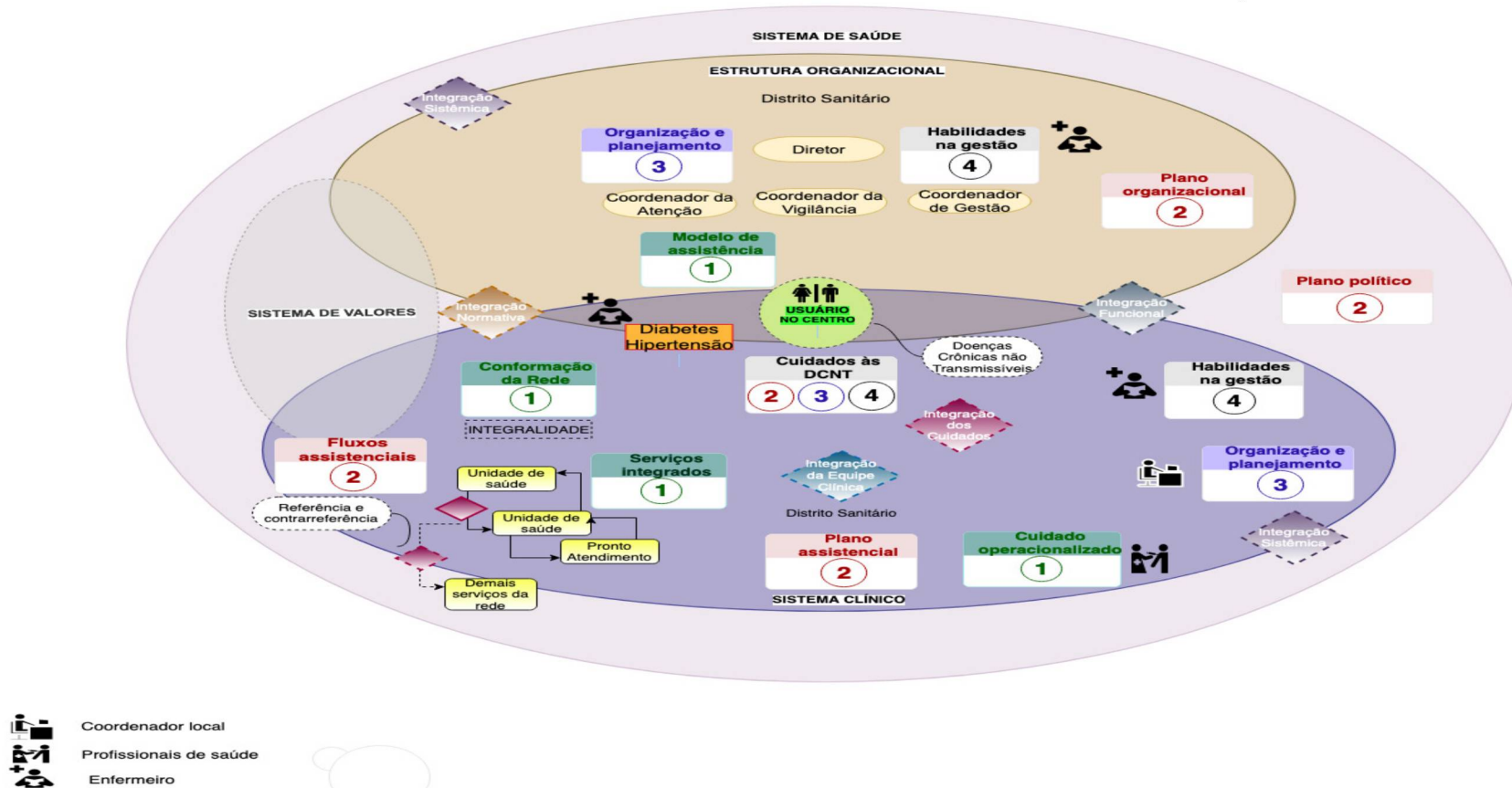
Na FIGURA 14, é descrito de maneira simplificada o fluxo dos usuários dentro do distrito. É importante ressaltar que esse fluxo diz respeito, principalmente, ao atendimento do diabetes e da hipertensão. Dessa forma, destacam-se de maneira sintetizada e esquemática as principais condutas, direcionamentos e fluxos seguidos dentro do distrito e as possibilidades de atendimento ao doente crônico.

FIGURA 14 – FLUXO DOS USUÁRIOS NO DISTRITO SANITÁRIO



FONTE: A autora (2019).

A FIGURA 15 mostra uma perspectiva da rede de cuidados segundo as proposições do estudo no contexto do Distrito Sanitário. As proposições estão descritas de 1 a 4 e são ilustradas em espaços a ela relacionados.

FIGURA 15 – REDE DE CUIDADOS DO DISTRITO SEGUNDO AS PROPOSIÇÕES¹³

FONTE: A autora (2019).

¹³ 1- O modelo preconizado pelo SUS, centrado no usuário, tem, entre suas diretrizes, a integralidade, que potencializa a conformação das RAS em serviços integrados, nos quais operam profissionais de saúde, que têm por finalidade o cuidado integral ao indivíduo. 2-A garantia do cuidado integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis decorre da integração nos planos políticos, institucionais, organizacionais e assistenciais. No entanto, é no plano assistencial que o projeto terapêutico é operacionalizado mediante mecanismos para integração dos cuidados, tais como fluxos assistenciais de referência e contrarreferência. 3-A atuação dos coordenadores na organização e no planejamento das ações e a maneira como essa prática se consolida são fundamentais para a integração dos cuidados às Doenças Crônicas não Transmissíveis. 4-Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro se destaca como um profissional com habilidades para responder às várias demandas da população, prestando, assim, uma contribuição expressiva na atenção integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

O QUADRO 4 apresenta uma visão geral dos resultados e estabelece uma relação das dimensões com os objetivos do estudo, permitindo uma visão geral das categorias e subcategorias.

QUADRO 1 – DOCUMENTOS E ARQUIVOS ANALISADOS SEGUNDO OS OBJETIVOS

Categoria de análise	Contribuição do enfermeiro	Estratégias de integração
Subcategoria – Características definidoras		
Integração sistêmica		
Princípios de organização do sistema de saúde são consistentes com a dinâmica local	X	X
Integração Normativa		
Cooperação entre os profissionais para a obtenção do cuidado continuado	X	X
Mecanismos de coordenação informais baseados em valores comuns, cultura e metas	X	
Cuidado com foco no usuário é uma norma importante e orienta o comportamento dos profissionais	X	X
Integração Funcional		
Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde		X
Decisões dos profissionais consistentes com o projeto assistencial		X
Sistema de informação permite a prestação de serviços favoráveis à continuidade do cuidado e ao atendimento das necessidades de saúde		X
Sistema de financiamento permite a prestação de serviços favoráveis à continuidade do cuidado	X	
Serviço de Gestão para o Cliente		X
Integração da Equipe Clínica		
Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro	X	X
Coordenação da assistência feita por outro profissional da equipe de saúde	X	X
São estabelecidas parcerias entre os profissionais	X	X
Integração dos cuidados		
Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde dos usuários	X	X
Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde dos usuários	X	
Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários		X
Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades de cada usuário		X
Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade		X
Prestação dos cuidados de enfermagem é condizente com as necessidades individuais	X	
Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada	X	

FONTE: A autora (2019).

7 DISCUSSÃO

Este capítulo mostra, inicialmente, a respeito da caracterização dos participantes do estudo, sendo, na sequência, abordadas as contribuições do enfermeiro, estratégias de integração e a rede de cuidados.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Em vários estudos há tendência de maior participação feminina na área da saúde (MARQUI *et al.*, 2010; CORRÊA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2014; MARINHO *et al.*, 2015; SIMÕES; FREITAS, 2016; PÜSCHEL *et al.*, 2017; BECKER *et al.*, 2018), e uma das razões para tal pode estar relacionada a uma maior busca por essa modalidade de formação profissional, o que vem repercutindo no aumento de mulheres no mercado de trabalho, coincidindo ainda com o fato de, nesses estudos, a maioria dos participantes ter especializações em suas áreas e poucos terem apenas graduação como formação de base (CORRÊA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2014; MARINHO *et al.*, 2015). Quanto à idade, outros estudos apresentaram faixa etária similar a este (SIMÕES; FREITAS, 2016; BECKER *et al.*, 2018).

Cabe assinalar que a presença significativa de profissionais mais jovens neste estudo e o pouco tempo de serviço poderiam ser fatores atribuídos ao aumento da oferta de capacitações pelo MS aos profissionais recém-formados, o que, de certa forma, poderia condicionar a inserção no mercado de trabalho de maneira mais rápida, como também deve ser destacado o papel do Ministério da Educação na formação voltada para o mercado de trabalho por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (COSTA *et al.*, 2013; PÜSCHEL *et al.*, 2017). Por outro lado, uma parcela significativa de profissionais acima de 40 anos (MARQUI *et al.*, 2010; CORRÊA *et al.*, 2012) e com maior tempo no serviço é um aspecto relevante igualmente, sobretudo em um contexto em que a expertise profissional pode ser um fator que contribui para o exercício profissional, principalmente para os cargos de coordenador, que exigem experiência e vivência de alguns aspectos que os anos de formação e prática podem fornecer.

7.2 CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O intuito da gestão municipal em preconizar o livre acesso bem como favorecer o atendimento das necessidades dos usuários envolve profissionais que atuem de maneira interdependente, ou seja, nenhum deles tem todos os recursos e habilidades para a resolução dos problemas com os quais são confrontados diariamente.

Por meio da cooperação entre os profissionais, a atenção é centrada no indivíduo, favorecendo a prestação de cuidados de maneira contínua e coordenada (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013; BAZZO-ROMAGNOLLI; GIMENEZ-CARVALHO; ALMEIDA-NUNES, 2014), sendo facilitada pelo trabalho dos coordenadores do distrito. Em estudo conduzido com gerentes de unidades de saúde em municípios de pequeno porte do Paraná, constatou-se, igualmente, que esses profissionais (coordenador no presente estudo) se destacam pela organização do trabalho e pelo conhecimento das unidades, favorecendo a assistência (BAZZO-ROMAGNOLLI; GIMENEZ-CARVALHO; ALMEIDA-NUNES, 2014).

Todas as coordenações do distrito e das unidades, cada uma com sua especificidade, garantem os meios para o acesso aos serviços e para atingir um cuidado de qualidade.

Vários autores corroboram os aspectos apontados neste estudo (BAZZO-ROMAGNOLLI; GIMENEZ-CARVALHO; ALMEIDA-NUNES, 2014; SOUSA *et al.*, 2017), no qual, em uma situação de interdependência, o desafio dos coordenadores incide em buscar a cooperação constante para que o trabalho em equipe possa de fato ocorrer, com a valorização da atuação de cada um dos integrantes e a elaboração de estratégias que contribuam para alcançar objetivos comuns.

Por outro lado, a comunicação inadequada ou mesmo quebra de informações (FIGURA 13), que podem ser apontadas como falhas, coincidem com a dificuldade de ações coordenadas para um mesmo propósito, seja por atos isolados de um profissional ou por falha de um serviço em adequar sua estrutura para atender determinada demanda, igualmente (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VARGAS *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2017; BUSETTO *et al.*, 2018).

O trabalho do enfermeiro é valorizado e se adapta segundo o contexto de ascensão das DCNT, com isso, novas atribuições lhes são conferidas, tendo em vista a grande demanda de atendimentos e sua capacidade resolutiva. Sobre isso, a coordenação do cuidado exerce efeito positivo na atuação do enfermeiro (LAPENÁ-MOÑUX, *et al.*, 2017; GÓMEZ-PICARD; FUSTER-CULEBRAS, 2014; SOUSA *et al.*, 2017; RIBAS *et al.*, 2018).

As unidades de saúde valorizam o processo de trabalho do enfermeiro e pode-se dizer que algumas demandam mais esforços desse profissional do que outras, a depender do perfil da população. Para essas unidades, o enfermeiro no cargo de coordenador se traduz no profissional que consegue dar respostas mais rápidas com maior resolutividade. No entanto, toda ação tende a ser mais bem executada quando o coordenador dispõe de uma equipe de profissionais competentes e envolvidos.

Entre os profissionais da equipe de saúde, os enfermeiros detêm informações e têm características importantes que lhes permitem coordenar tranquilamente um serviço de saúde, entre elas articulação, iniciativa e, por vezes, certa diplomacia para resolver determinadas situações. Além disso, ajudam a identificar fragilidades e potencialidades nos profissionais, a fim de dar um direcionamento adequado no momento de gerenciar a equipe e distribuir funções. Dessa forma, na ausência de um coordenador formal, é ele quem assume a unidade como coordenador informal.

O processo de construção do SUS permitiu progressos nas décadas subsequentes à sua criação em termos de melhorias para a saúde, com garantia de um sistema com enfoque nas necessidades da população (SALDIVA; VERAS, 2018; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). No Brasil, a diminuição da contribuição do sistema público para o custeio da saúde, a redução de recursos financeiros feitos pelo Governo Federal com maiores custos aos Estados e Municípios e o financiamento de saúde centrado predominantemente no sistema privado são aspectos do subfinanciamento público na saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; SANTOS, 2013; SALDIVA; VERAS, 2018).

Por outro lado, a ineficiência do financiamento da saúde pública no Brasil ainda pode ser explicada considerando outros aspectos, já que os recursos destinados à saúde, ainda que distantes do ideal, não são muito diferentes de outros países que oferecem uma assistência à população considerada melhor do que a assistência oferecida aos brasileiros (SALDIVA; VERAS, 2018). A exemplo disso,

países como o Canadá e o Reino Unido proporcionam acesso à saúde de boa qualidade com recursos um pouco acima daqueles despendidos pelo Brasil. Dessa forma, o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país requer, além de um sistema de financiamento satisfatório, uma gestão adequada dos recursos obtidos (SALDIVA; VERAS, 2018).

Ou seja, esse cenário justifica o reconhecimento por parte da maioria dos participantes desse estudo de um não alinhamento dos incentivos para que os estabelecimentos desenvolvam mais efetivamente as ações, o que se reflete consideravelmente na coordenação do cuidado, na cooperação entre os profissionais e nas diversas demandas que por ventura sejam necessárias no transitar do indivíduo pela rede. Em contrapartida, pouca ênfase foi dada pelos participantes ao sistema de financiamento, permitindo-se inferir que há pouco conhecimento a respeito do assunto ou indiferença.

Mudanças são necessárias para que as práticas de enfermagem coadunem com a integração dos cuidados e integração dos serviços, contudo elas ocorrem lentamente. Estudo desenvolvido em Quebec, Canadá, sugere que esforços devem ser empreendidos para preencher essa lacuna no ritmo dessas mudanças. Tais esforços poderiam se concentrar em mais recursos clínicos, materiais e humanos que apoiem a renovação da prática, assim como na educação contínua que reforce a qualidade necessária para o cuidado (LONGPRÉ; DUBOIS, 2015).

Essa situação se reflete nas políticas de financiamento para saúde no Brasil, e diante do subfinanciamento dos recursos federais, os Estados e Municípios, ao assumirem novas e maiores responsabilidades no decorrer desse processo, acabaram limitando outros aspectos (SANTOS, 2013; SALDIVA; VERAS, 2018), o que reforça a necessidade de uma análise mais complexa que considere também esse contexto.

Eventualmente podem ocorrer falhas na execução de ações, sobretudo aquelas que demandam gastos relativamente altos - por exemplo, curativos especiais e fitas de glicemias -, o que exige discernimento pelos profissionais desses recursos que são necessários e o que de fato é destinado pelo Município. Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro representa um aspecto positivo, principalmente quando faz o planejamento e a organização do cuidado de forma proativa.

A falta de insumos necessários dificulta a gestão dos serviços, incidindo diretamente no plano operacional, com possibilidade de ocasionar falhas assistenciais

e dificultar a integração dos cuidados. Para tanto, é necessário comprometimento profissional para garantia de sucesso desse processo.

Os profissionais de saúde têm conhecimento a respeito de doenças bem como de todas as suas consequências, conhecendo, assim, as ações que podem ser empreendidas para determinada situação. Tal conhecimento permite a atuação diante de uma situação que envolva doença e sofrimento, no entanto, na perspectiva da integralidade, o indivíduo não deve ser ficar circunscrito apenas à sua doença.

Atender de forma integral os indivíduos significa ir além desse aspecto e compreender todos os caminhos pelos quais o usuário precisa passar para obter aquilo que procura dentro da rede. E ainda é necessário que as ações aconteçam concomitante ao diálogo constante entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. O acesso e a continuidade do cuidado, objetivos centrais da atenção primária no município (CURITIBA, 2014a), podem emperrar quando a organização de cada serviço não prioriza as características da população e as diferentes demandas de atendimento.

A enfermagem pode contribuir de maneira significativa para a integração dos cuidados aos usuários hipertensos e diabéticos, com intervenções que visam à modificação do estilo de vida, com educação em saúde, atendimento individual, reuniões em grupo, visitas domiciliares (BECKER *et al.*, 2018; TESTON *et al.*, 2018).

O enfermeiro exerce protagonismo nesse contexto e pode, junto à equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional, definir a organização da assistência que será prestada, estabelecendo as condutas que deverão ser realizadas, tendo o apoio do distrito (CURITIBA, 2014a; CURITIBA, 2014b). Ainda que não haja conformidade em relação à forma de atendimento prestado, a autonomia em operar o cuidado baseado naquilo que melhor satisfaça as necessidades dos usuários com diabetes e hipertensão é um ponto favorável diante das complexidades dos problemas de saúde atuais, que exigem respostas rápidas e capacidade de adaptação nos serviços.

No entanto, muitas vezes, o enfermeiro cumpre somente a rotina de funções definidas e previsíveis. O desempenho das suas atividades está atrelado à disponibilidade de tempo, que é escasso diante de todas as atribuições, o que pode repercutir de maneira desfavorável no gerenciamento de enfermagem.

Além desses aspectos, as modificações ocorridas de uma gestão para outra impactam de maneira significativa no atendimento feito pela equipe de enfermagem.

Quando a equipe se ampara muito em um profissional e deixa de cumprir suas responsabilidades com foco em um bom atendimento, é favorecido um ambiente desmotivador. A depender das condições e do contexto em que esses processos de trabalho se desenvolvem, muitas desvantagens podem ser apontadas. Sendo o enfermeiro o profissional ao qual são atribuídas mais responsabilidades, outras funções que a ele competem podem ser minimizadas ou deixadas em segundo plano. De toda forma, sempre o usuário, aquele que recebe o produto do trabalho do enfermeiro, pode ser prejudicado quando, por alguma razão, sua necessidade não tenha sido atendida. Por outro lado, o profissional pode se tornar desmotivado ou adotar uma postura de indiferença como mecanismo de defesa diante da impossibilidade de realizar suas tarefas.

Para que o cuidado de fato aconteça nos moldes preconizados pelo município, os profissionais da equipe de enfermagem precisam abarcar responsabilidades e se comprometer diariamente, além de incitar a cooperação no trabalho em equipe. Contudo, o autocuidado é um dos aspectos mais importantes e que deve ser trabalhado diariamente nos atendimentos aos usuários; isso é muito requerido dos usuários com DCNT como o diabetes (CURITIBA, 2010; CURITIBA, 2014a; CURITIBA, 2014b; AMARAL *et al.*, 2019).

O comprometimento desses usuários é diretamente proporcional ao sucesso do cuidado executado, tanto na atenção com a mensuração da sua glicemia, quanto no cuidado com a dieta e em outros aspectos quando sua doença está mais avançada, caso daqueles pacientes que têm pé diabético ou outra lesão que demande curativo especial. Por outro lado, quando o usuário denomina, num contexto errôneo, um profissional como o maior responsável pela sua saúde, geralmente recai para o enfermeiro tal função, conferindo a ele ainda mais responsabilidades.

Do ponto de vista do trabalho interdisciplinar, as parcerias estabelecidas entre os profissionais são tímidas, porém, quando utilizadas em prol do usuário, elas favorecem a integração. Nesse sentido, o estudo de Silva; Miranda e Andrade (2017) procurou identificar os sentidos da integralidade e discutir como os profissionais de um dos distritos administrativos do município de Belém do Pará elaboram suas concepções acerca dos termos “integralidade” e “abordagem multidisciplinar”. Os profissionais deste estudo reconhecem que a interdependência favorece a qualidade da assistência no controle e tratamento da hipertensão e do diabetes mellitus

(CURITIBA, 2010; CURITIBA, 2014a; CURITIBA, 2014b; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Contatos entre os profissionais via aplicativos podem proporcionar maior proximidade e, como consequência, esses mecanismos adaptam a estrutura das unidades quando elas não têm genuinamente o necessário para a integração dos cuidados. Todavia, a falta de iniciativa, de postura e de tomada de decisão pode afetar consideravelmente o trabalho em equipe, sobrecarregando um profissional em detrimento de outro (BUSETTO *et al.*, 2018). Para um trabalho em equipe mais resolutivo, é necessário que um projeto comum seja o norteador de todas as ações e que os profissionais desenvolvam a interação com a equipe e com os indivíduos atendidos para consolidá-lo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; BAZZO-ROMAGNOLLI; GIMENEZ-CARVALHO; ALMEIDA-NUNES, 2014; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Nesse sentido, o enfermeiro, que é muito solicitado no distrito pelos usuários e pela gestão, é um importante alicerce para a abordagem interdisciplinar, especialmente quando assume a função de coordenador e a alia positivamente à organização do serviço, de maneira a contribuir com a integração da equipe clínica e dos cuidados.

O enfermeiro, ao assumir a função de coordenador de uma unidade ou mesmo de um distrito, abarca uma grande responsabilidade. É um cargo que compreende uma posição estratégica favorável em termos de gestão, pois facilita a resolução de problemas, permite autonomia para planejar, organizar a assistência junto com a equipe, dar direcionamentos e, ainda, dependendo do perfil profissional, contribui nas relações diretas com os usuários. Vale destacar que, diante da afinidade conceitual já estabelecida entre os termos coordenação, integração e integralidade, o primeiro, além de ser uma estratégia importante para o distrito no que diz respeito à integração dos cuidados, pode ser um recurso valioso para legitimar a integralidade na rede.

7.3 ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO EM REDE

Os Sistemas de Saúde, no Brasil e em outros países, apesar de suas diferenças em termos de financiamento, organização e gestão, são afetados de maneira similar no que diz respeito aos recursos financeiros, ao aumento da

população mais idosa, à incidência de DCNT, entre outros aspectos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; RODRÍGUEZ; CONTANDRIOPOULOS; LAROCHE, 2006; MALTA *et al.*, 2017; ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018; SALDIVA; VERAS, 2018).

Para continuar a oferecer serviços de saúde de qualidade e de forma justa, os governos precisam reestruturar significativamente seus sistemas de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003), sendo, entre outros aspectos, importante avançar no desenvolvimento de ações que integrem e articulem os vários serviços para que o enfrentamento das DCNT seja feito de maneira transversal (RAVAGHI *et al.*, 2014; MALTA; OLIVEIRA; SANTOS, *et al.*, 2016).

A elaboração de políticas públicas com enfoque na prevenção e atenção às DCNT está entre os maiores desafios para o SUS, pois as características destas doenças compreendem uma duração incerta e altas taxas de morbidade e mortalidade, demandando um cuidado cada vez mais longitudinal e integral, envolvendo, além do tratamento, ações de prevenção e promoção de saúde (RAVAGHI *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2014a; WHO, 2018). Assim, a integração dos cuidados torna-se imprescindível à medida que às necessidades de saúde exigem cuidados mais complexos que não podem ser acessados em um único local ou realizados por um profissional apenas, levando em consideração ainda suas limitações em tempo e espaço (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Nessa linha, é válido destacar que a integralidade, um dos pilares na construção do SUS, é a diretriz que conduz a um processo de mudança no cuidado aos indivíduos, pois se traduz na articulação entre todos os níveis de atenção da rede e outros setores além da saúde, compreendendo, desta forma, os elementos necessários para a realização das ações que atendam às necessidades dos usuários (CAVALCANTI *et al.*, 2013; VIEGAS; PENNA, 2015b; CARNUT, 2017; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Isso de fato condiz com o desafio de construir ações intersetoriais diante da complexidade do processo de saúde e de doença, conferindo, conseqüentemente, um grau de responsabilidade a todos os setores da sociedade, envolvendo o Estado na formulação de políticas que diminuam os riscos e as desigualdades sociais, com melhorias nas condições de vida das pessoas (CAVALCANTI *et al.*, 2013; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MALTA *et al.*, 2014b; SOUTO

et al., 2016; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). Em que pese a importância de envolver outros setores, esse aspecto não foi mencionado no estudo.

Diante das complexas necessidades apresentadas pelos usuários, é imperativo o envolvimento de outros setores e de outras áreas, além da saúde, para que seja cumprido o projeto assistencial (CAVALCANTI *et al.*, 2013; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). A saúde exige um olhar ampliado sobre o indivíduo e de como ele se apresenta, e esse olhar ampliado é o que irá definir quais condutas o profissional irá adotar para que consiga de fato solucionar os problemas apresentados. Muitas vezes o envolvimento com a população extrapola os domínios da unidade de saúde, e isso é favorável à consolidação da integração na rede.

A intersetorialidade compreende um modo de gestão desenvolvido de maneira articulada, planejada e por meio da cooperação entre diferentes setores da sociedade e políticas públicas que intervenham nos vários problemas de saúde (BRASIL, 2013). Contribui para que a adoção de medidas integradas com outros setores, de maneira pactuada e planejada, possa permitir melhorias em todo o contexto que permeia as DCNT. No Brasil, são exemplos de parcerias possíveis acordos com empresas do setor alimentício, pois a redução dos teores de sal nos alimentos é um fator importante para a prevenção e o controle das DCNT (MALTA *et al.*, 2014b).

A integração sistêmica é intensificada na coerência em todos os níveis de assistência, estando sua viabilidade atrelada à resultante entre os relacionamentos entre os vários serviços e entre os profissionais e em suas tomadas de decisões, assim como nas relações estabelecidas entre os profissionais e usuários (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

O conceito de atendimento em rede é relativamente novo para os profissionais deste estudo em questão, e a função da APS como ordenadora do cuidado vem sendo paulatinamente enfatizada nos Distritos Sanitários, coincidindo com a autonomia e responsabilidade conferidas às unidades de saúde no que concerne ao atendimento focado no cuidado integral.

As redes não surgem de um vácuo, mas estão ligadas a um contexto no qual os vários atores negociam suas interações, para tanto, devem estar cercados por condições que favoreçam a colaboração. A distribuição de poder afeta a dinâmica da rede, sendo assim, as coordenações dentro do distrito exercem importância

considerável para a reorganização dos processos de cuidado, tendo em vista sua autonomia, capacidade decisória e habilidades no trato com os demais profissionais.

O distrito segue uma organização que compreende as coordenações de Atenção, Gestão e Vigilância à Saúde (FIGURA 11). Toda coordenação dentro de uma instituição é um aspecto inerente à integração, pois representa uma ferramenta que permite examinar e ajustar as relações entre todos, o que pode promover a articulação e, como resultado, ampliar as possibilidades de um atendimento centrado nas necessidades de saúde dos indivíduos, projeto coletivo que deve embasar todas as ações profissionais (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). Tais apontamentos coadunam com os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que cada coordenação pode operar o equivalente a uma fração da rede, repercutindo de maneira positiva no sistema como um todo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003).

Diante disso, não considerar todos os aspectos inerentes aos princípios e diretrizes do SUS pode assumir uma proporção negativa e ser um obstáculo à coordenação dos serviços e à integração, dificultando a obtenção de um cuidado integral. O reconhecimento pelo profissional de saúde do contexto em que está inserido, ainda que do ponto de vista teórico, favorece seu envolvimento com a rede e o habilita de alguma forma em sua atuação.

Para o funcionamento de um distrito, as coordenações, por meio de funções peculiares a cada uma delas, subsidiam de determinada maneira a integração dos cuidados, pois viabilizam o andamento dos serviços, desde aspectos materiais e profissionais até condições estruturais, permitindo o fluxo de atendimento ao usuário sem interferências e resolução das suas necessidades de saúde (CURITIBA, 2014a; BAZZO-ROMAGNOLLI; GIMENEZ-CARVALHO; ALMEIDA-NUNES, 2014).

O fluxo assistencial seguido dentro de um distrito claramente está condicionado ao atendimento das necessidades dos indivíduos e pressupõe, para tanto, várias estratégias que viabilizam o cuidado e permitem o direcionamento dos usuários. Podem-se destacar, nesse sentido, as orientações feitas pelos coordenadores e conversas entre os profissionais (FIGURA 14).

Além disso, o Diretor do distrito é um elo importante com a rede de serviços de saúde do Município, facilitando o cuidado pelos direcionamentos e pela transmissão de informações oriundas da SMS.

A SMS dá autonomia aos distritos para implantar tecnologias e gerenciar a saúde da população pertencente ao seu território, e, nessa linha, as unidades de saúde se organizam para o atendimento às DCNT, seja pelo atendimento por meio dos programas ou de uma forma menos regrada, com livre acesso.

No entanto, somente é possível engendrar ações que repercutam em um atendimento satisfatório aos usuários com DCNT (RAVAGHI *et al.*, 2014) quando todos os profissionais têm consistência em suas práticas assistenciais. De outro modo, sem envolvimento profissional, há dificuldade para a continuidade da assistência. Há sempre uma polarização conflitante no contexto em que ocorre o cuidado, há engajamento profissional, porém também há dificuldade para agir em prol das necessidades do usuário.

Os profissionais alocados em equipes que têm um perfil mais colaborativo, tanto no que diz respeito aos profissionais de nível técnico como àqueles de nível superior, representam uma possibilidade para um cuidado baseado em valores comuns e com potencial para favorecer a continuidade do cuidado. Nesse sentido, enfermeiros da ESF são mais cooperativos e se ajustam melhor ao cuidado realizado em equipe, assim como os profissionais dos NASF. Sem esses profissionais, há igualmente trabalho em equipe em determinados momentos, porém sem igual teor e solidez.

O NASF assume notável importância na rede de saúde do Município e pode ser considerado uma estratégia para a integração da equipe clínica, ampliando as possibilidades de interação entre os profissionais (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; SANTANA *et al.*, 2015; REIS *et al.*, 2016). A Política Nacional de Atenção Básica o caracteriza como equipes multiprofissionais, compostas por várias especialidades, que atuam de forma integrada e apoiam os profissionais das equipes de saúde da família e das equipes de atenção básica, cooperando com sua atuação clínica ou de forma educativa (BRASIL, 2011c).

Entretanto, é necessário que os profissionais do NASF ampliem sua interação com os profissionais das unidades de saúde, de forma que estes estejam mais sensibilizados quanto ao processo de trabalho desenvolvido pelo NASF. Todavia, deve-se levar em conta que, em meio a um contexto no qual a interdisciplinaridade é encarada como um grande desafio, o NASF proporciona aspectos favoráveis à integração dos cuidados aos usuários, colaborando com as equipes na efetivação da rede.

No que diz respeito ao trabalho em equipe, deve-se destacar que ele é facilitado por atitudes profissionais que almejam um cuidado contínuo. Dessa forma, a não justaposição de ideias, crenças, valores e normas entre os profissionais não solidifica os preceitos do atendimento em Rede e dificulta o repasse de informações entre todos. Fundamentalmente, onde não há compartilhamento de valores e normas, há discrepâncias nas decisões, no desenvolvimento de ações, bem como em todas as atitudes que devem ser consideradas em um projeto terapêutico.

O distrito segue as normativas da gestão municipal, que segue as normas formatadas no Sistema de Saúde; assim o conhecimento relacionado às diretrizes do SUS embasa a realização das ações de saúde pelos profissionais. Isso se torna possível pois os profissionais se comunicam constantemente por meio de estratégias de integração, leia-se principalmente o meio eletrônico – sites, correspondências eletrônicas etc.

Destarte, tendo como respaldo, a partir da comunicação entre todos, a integração normativa garante a lógica entre o sistema de representações e valores com todo o contexto (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003). A integração normativa permite unificar o distrito, e este ao Sistema de Saúde, bem como todos os níveis do Sistema de Saúde entre si. Trata-se de uma dimensão da integração pouco tangível, que aparenta beirar a algo distante da realidade, mas é essencial para facilitar a colaboração e garantir a consistência entre todos.

Para assegurar essa lógica que permite unir valores, organização do serviço e o sistema clínico, a integração normativa deve ser moldada e baseada em comportamentos e atitudes profissionais (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013).

Por esse motivo, os mecanismos de coordenação informais assim como os cuidados focalizados em cada indivíduo são tão importantes. Esse último aspecto é uma norma social e, como tal, deve orientar as ações dos profissionais dentro de um sistema de saúde, podendo ainda favorecer a coordenação no distrito (VALENTIJN *et al.*, 2013). Os mecanismos informais de coordenação são importantes para estimar se os serviços têm capacidade de funcionamento e eficiência no atendimento ao usuário e podem ser conferidos especialmente pelas relações existentes em rede e pelo potencial dessas relações em favorecer a cooperação. Relações coesas entre

profissionais possibilitam o funcionamento adequado dos mecanismos de coordenação informais.

Entre os aspectos que confirmam tais conexões, estão as parcerias estabelecidas diariamente, seja por afinidade ou por profissão, que favorecem a confiança, sendo que contatos frequentes e diários são agregados à qualidade das interações, e isso pode ser propiciado durante reuniões em equipe, ou mesmo nas capacitações. O desenvolvimento do trabalho diário de forma harmoniosa favorece a interação entre os pares e, ao mesmo tempo, proporciona rapidez e eficiência na resolução de problemas.

O envolvimento dos vários profissionais no distrito é favorecido pelos protocolos, manuais e documentos que padronizam as práticas clínicas e auxiliam na diminuição de conflitos entre profissionais. Em que pesem os participantes desse estudo mencionarem os protocolos, não foi possível identificar aspectos consistentes relacionados à sua utilização e, ao mesmo tempo, à falta de informação a respeito de onde esses protocolos são encontrados.

Em outro estudo conduzido no contexto do sistema de saúde chileno, os protocolos foram avaliados como instrumentos principais para garantir a coordenação do cuidado (ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018), o que denota a importância dessas ferramentas, desde que seu uso seja bem aproveitado.

Por consequência, essa falta de consistência impõe dúvidas à forma como está ocorrendo a padronização dos protocolos ou se tal fragilidade é decorrente da não adesão dos profissionais ao que está disponível no Município.

Uma missão e uma visão claras são um dos fatores a serem considerados para o cuidado e o atendimento das necessidades da população de maneira mais coerente e podem representar uma referência comum a todos (PINTO JUNIOR; CAVALCANTE; BRANCO, *et al.*, 2016; VALENTIJN *et al.*, 2013). Ainda que neste estudo não tenha sido identificada de maneira clara no discurso dos profissionais a respeito da missão, visão e dos valores, nota-se que o atendimento às necessidades dos usuários é consenso da grande maioria, ainda que nem sempre relacionem isso a uma norma já estabelecida. No entanto, infere-se que, nem todos os profissionais se adaptaram às normas do Município e do Sistema de Saúde ou não se comprometeram com essa lógica.

No Município do presente estudo, desde o final do ano de 2002 são estabelecidos Contratos de Gestão na APS, entre as Unidades Básicas e os Distritos

Sanitários e deles com a SMS. Dessa forma, todo o planejamento das ações deve ser embasado no Plano Operativo Anual (POA), elaborado considerando as peculiaridades de cada território, visando, portanto, à realização de ações que atendam as necessidades de saúde dos indivíduos (CURITIBA, 2019).

Os coordenadores, aqui compreendidos igualmente como gestores, devem ser os facilitadores dessas ações, promovendo diálogo, reuniões, estabelecendo prioridades para que esse plano seja cumprido e seu fechamento seja feito de maneira adequada e no tempo oportuno (a cada quadrimestre). Além disso, o POA pode favorecer um entendimento a respeito das metas que devem ser cumpridas e em que sentido isso pode afetar ou não a qualidade no cuidado. No entanto, seu seguimento não é algo estático e está condicionado ao comprometimento profissional e do usuário.

A integração funcional favorece a clínica e a interação entre os profissionais e se refere a todos os mecanismos e ferramentas disponíveis no distrito que permitem que o cuidado ocorra nas unidades de saúde. Assim, pode-se sobrepor a dimensão da integração funcional ao espaço onde estão centralizadas as maiores decisões do distrito, no qual estão concentradas as coordenações de Gestão, Atenção e Vigilância em Saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013).

No entanto, a integração funcional não significa mais centralização ou padronização, deve ser uma abordagem flexível, permitindo parcerias entre os profissionais e entre os prestadores de serviços com o distrito para que se adaptem às necessidades da população. Isso envolve reconhecer aspectos do sistema de informação e financiamento (VALENTIJN *et al.*, 2013).

Nessa linha, a coordenação bem como todas as suas atividades ou mesmo as conexões estabelecidas entre todos os profissionais são favorecidas quando guiadas por um sistema de informação ágil e flexível (ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018), que permita a tomada de decisões sobre responsabilidades, atribuições e recursos financeiros. No distrito, o sistema de informação fornece um aporte significativo aos profissionais e permite mais rapidez no fornecimento de informações, possibilitando decisões mais efetivas e ágeis, além de proporcionar às coordenações uma ferramenta importante para obter informações que facilitam a elaboração de relatórios que subsidiam a tomada de decisões. No entanto, também são reportadas falhas que, entre outras coisas, não permitem ao sistema a

comunicação com todos os serviços da rede, o que pode ser prejudicial para a continuidade dos cuidados.

Um dos aspectos mais importantes das coordenações do distrito e mesmo das coordenações locais é conectar a gestão do Município em torno dos serviços e profissionais, sendo, portanto, um elo que permite a integração dos cuidados e a integração da equipe clínica. Dessa forma, as coordenações são um apoio tanto para o Município, que, por consequência, favorece sua articulação com o Sistema de Saúde, quanto para os profissionais, em suas responsabilidades e tomada de decisões. Sumariamente, a integração funcional comporta e vincula as dimensões da integração profissional e integração sistêmica (VALENTIJN *et al.*, 2013).

Todos esses aspectos são favoráveis a uma assistência de qualidade, assim como os mecanismos que norteiam os indivíduos para que possam usufruir dos serviços e sentir-se importantes dentro da rede, como o Serviço de Gestão para o Cliente, que proporciona acesso às informações do Município e é um meio para que os usuários interajam com os serviços.

O planejamento para o cuidado deve ser direcionado às necessidades dos indivíduos, considerando suas especificidades. Para tanto, os fluxos seguidos por um usuário devem ser orientados por um profissional com conhecimento da rede (CARNUT, 2017; SILVA; CURITIBA, 2014a; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

O fluxo dos usuários dentro do distrito, via de regra, segue um padrão definido, orientado pelas necessidades de saúde dos indivíduos (FIGURA 14), porém muitos profissionais não reconhecem ou mesmo não observam todos os aspectos desse fluxo. Nem sempre o envolvimento de todos acontece da mesma maneira de forma a tornar a rede coesa, o que ocasiona busca e acesso do usuário aos serviços de maneira manejada por ele próprio para que sua demanda possa ser atendida (VIANA *et al.*, 2018; SALDIVA; VERAS, 2018). Entretanto, há o esforço da SMS em integrar cada vez mais os serviços, dispondo de estratégias como contatos profissionais por telefone para viabilizar consultas ou outros procedimentos necessários e orientações por parte dos profissionais e, ainda, pelo sistema de informação e por outros mecanismos de comunicação que auxiliam o transitar do indivíduo pela rede (CURITIBA, 2014a; CURITIBA, 2014b).

Nesse âmbito, uma das dificuldades apontadas se refere aos encaminhamentos para especialistas (VARGAS *et al.*, 2015; ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018). Em um estudo que procurou compreender as dimensões da

integralidade presentes no cuidado em saúde na concepção de profissionais das equipes de saúde da família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, a dificuldade em conseguir uma consulta com especialista foi relacionada à integração entre os serviços (VIEGAS; PENNA, 2015b). Em outro estudo, com enfoque na análise de mecanismos de coordenação nas redes de saúde e suas implicações para a prestação de cuidados de saúde, procurou-se obter um paralelo entre a Colômbia e o Brasil (VARGAS *et al.*, 2015), tendo sido apontadas limitações no uso das formas de referência e contrarreferência. Segundo a pesquisa, os médicos da atenção primária usam o encaminhamento particularmente como instrumento administrativo para direcionar o usuário a uma especialidade médica, mas sem o compartilhamento de informações essenciais sobre a saúde do indivíduo.

O próprio ato de encaminhar a especialistas pode conferir um aspecto fragmentado à assistência de um profissional, quando ele poderia resolver um problema e não o faz por falta de comprometimento com o caso. Entretanto, na impossibilidade de atender um indivíduo, quando determinada situação exige que sejam tomadas medidas que ultrapassem seus limites profissionais, o encaminhamento se torna necessário e, se for feito de maneira coerente, favorece a integração. Contudo, a dificuldade em obter uma consulta com especialista em tempo hábil torna o percurso do usuário oneroso, despendendo muito tempo e energia de todos os envolvidos.

Dessa forma, não há garantia de que o cuidado integral seja alcançado da mesma forma em todo o distrito, diante da enorme diversidade cultural, econômica e profissional presente em cada serviço, mas há o desejo por parte da gestão e de muitos profissionais de que isso se torne viável.

Diante desses apontamentos, apreende-se que integração funcional no Distrito Sanitário é inerente ao atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos. Por intermédio de uma organização favorável ao funcionamento do distrito, citando toda a logística compreendida desde a composição de gestores e a forma como o distrito se insere e se articula na rede, o cuidado é viabilizado e efetivado em todas as situações possíveis.

Nessa mesma linha, na qual a integração funcional é fundamental para o desenvolvimento harmonioso das práticas, em vários contextos, e para aumentar a qualidade da assistência, grande ênfase tem sido dada à APS (RODRÍGUEZ;

CONTANDRIOPOULOS; LAROCHE, 2006; ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018).

A APS¹⁴ desempenha funções que lhe permitem ter fundamental importância na integração dos cuidados, sendo, assim, possível estabelecer um paralelo entre as duas, sobretudo no que diz respeito à coordenação. O **primeiro contato** permite contextualizar os cuidados primários em uma posição central dentro do sistema de saúde, permitindo que em cada nova situação que demande assistência o indivíduo encontre atendimento adequado e acessível. A **continuidade** diz respeito à coerência do cuidado ao longo do tempo, com enfoque nas necessidades das pessoas, sendo importante a experiência pessoal de cada indivíduo, pois a continuidade é o que as pessoas experimentam. A **abrangência** refere-se a serviços adaptados para atender as necessidades da população. A **coordenação** compreende que os usuários podem ser encaminhados horizontal e verticalmente quando os serviços de outros provedores são necessários (VALENTIJN *et al.*, 2013).

Por consequência, os mecanismos de coordenação, inerentes ao conceito de integração, se entremeiam com os aspectos relacionados à APS. Ou seja, a integração é intrínseca à APS. Esse argumento permite compreender a conformação do distrito inserido na rede, tendo na coordenação um eixo que o interliga entre si e com os demais componentes da rede, sugerindo que o Distrito Sanitário dispõe de uma logística que o torna favorável para a integração dos cuidados.

O contexto no qual os conceitos de integralidade e integração e coordenação coexistem deve propiciar a operacionalização de um cuidado contínuo e de qualidade que satisfaça o atendimento de todas as necessidades. Associado a isso, a existência de uma rede interliga os diferentes serviços em todos os níveis de complexidade e de competências, articulando as ações que satisfaçam essa finalidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; KALICHMAN; AYRES, 2016; CARNUT, 2017; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

Sendo assim, cabe ao distrito a compreensão desse contexto a seu favor, aperfeiçoar as estratégias que já mostram um grande potencial para integração

¹⁴ No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) foi adotado durante o processo de implementação do SUS, permitindo uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de Atenção Primária (APS), na qual a concepção difundida no período consistia em uma APS eletiva, restrita e focalizada, assim, a ABS permitiria uma compreensão com a finalidade de construir um sistema público universal (GIOVANELLA, 2018; ALMEIDA; SOUSA; BRANDÃO *et al.*, 2018).

(coordenação, sistema de informação, serviço de gestão para o cliente) e reparar os aspectos desfavoráveis. Enfatizam-se aqui as coordenações do distrito, que sugerem ser um grande diferencial para a efetividade no cuidado. Deve-se ressaltar que essas coordenações são representadas por profissionais competentes, que garantem certo equilíbrio ao distrito em meio a várias barreiras que ocasionalmente impedem o bom funcionamento da rede.

7.4 REDE DE CUIDADOS DO DISTRITO SANITÁRIO

O foco na atenção individualizada, o respeito às necessidades de saúde dos indivíduos e a adoção de parcerias para obtenção do cuidado planejado são aspectos importantes na organização dos serviços que contribuem para o atendimento em rede e para cuidados cada vez mais integrados (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VALENTIJN *et al.*, 2013; KALICHMAN; AYRES, 2016; CARNUT, 2017; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

A rede de cuidados do distrito simplifica o percurso do usuário, pois o fluxo de atendimento acontece de maneira mais linear, decorrente de uma comunicação mais fluida entre os profissionais (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; CARNUT, 2017; CURITIBA, 2014a; CURITIBA, 2014b) (FIGURA 14) e da proximidade dos serviços por meio do sistema de informação. Além disso, cada distrito opera com autonomia, sendo oferecidos ao usuário todos os serviços necessários.

As representações das FIGURAS 11, 12, 13, 14 e 15 permitem uma compreensão da rede do distrito, considerando uma perspectiva da integração dos cuidados. É possível estabelecer uma inter-relação entre as cinco dimensões da integração (FIGURA 12), em que a integração sistêmica é análoga a um nível mais amplo, com aspectos políticos que embasam as conexões entre as outras dimensões.

A integração funcional abarca a gestão do distrito com todos os mecanismos que fornecem suporte às práticas feitas e mostra o funcionamento da sede do Distrito Sanitário. A integração normativa permeia o Distrito Sanitário e o sistema de saúde em sua expressão maior e poderia ser equiparada aos aspectos norteadores das ações em saúde, com regras para que o atendimento ocorra de acordo com normativas preconizadas pela SMS e MS. A integração da equipe clínica sugere que

ao profissional compete implementar as práticas em um processo que envolve trocas constantes com os demais profissionais. A integração dos cuidados coincide com um nível menor em termos didáticos, porém é o objetivo primário de todo o processo de integração, sendo a dimensão na qual ocorrem os mecanismos necessários para a operacionalização do cuidado (FIGURAS 11, 12 e 15).

Os obstáculos que comprometem a integração dos cuidados geralmente estão relacionados à dificuldade de contato com serviços que não fazem parte do distrito (VARGAS *et al.*, 2015; UCHIMURA; SILVA; VIANA, 2018) (FIGURA 11). Em vista disso, o percurso do usuário se torna menos oneroso à medida que os profissionais se inteiram a respeito da rede e se comunicam adequadamente (SANTOS; CAMPOS, 2015; CARNUT, 2017).

Na impossibilidade de resolução de determinada situação, ela é analisada pelo gestor local, que aciona um gestor no distrito, que, por fim, fará os encaminhamentos necessários, ou seja, há uma articulação entre os profissionais (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2003; VARGAS *et al.*, 2015; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017) (FIGURAS 11 e 14).

Mesmo algumas situações esporádicas e pontuais de experiências de contrarreferência representam uma pequena fração que poderia contribuir com a continuidade dos cuidados, no entanto, essas experiências ainda são tímidas e ainda não refletem na organização dos serviços como um todo (ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018) (FIGURAS 11 e 15). Esse aspecto foi encontrado igualmente em um estudo desenvolvido no Chile, no qual os profissionais reconhecem a contrarreferência como um aspecto frágil e insuficiente, um obstáculo à coordenação do cuidado (ALMEIDA; OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018).

Entre as fragilidades apontadas relacionadas às cinco dimensões, destacam-se no âmbito clínico: usuário envolvido no autocuidado; decisões e interações profissionais; sistema de informação; princípios e diretrizes do SUS; gerenciamento de enfermagem; estabelecimento de parcerias etc. No contexto organizacional: sistema de informação; princípios e diretrizes do SUS; e foco no usuário etc (FIGURA 13).

Em que pesem as fragilidades apontadas no estudo, é importante ressaltar que as dimensões se entremeiam e que aspectos inerentes à integração funcional como as coordenações do distrito, que representam a gestão do distrito e oferecem apoio e logística para o cuidado e que incidem diretamente no plano organizacional,

exercem repercussão no sistema clínico, pela relação estabelecida. Da mesma forma, didaticamente, alguns elementos próprios de uma dimensão, por definição teórica, não são dissociados de outras dimensões, como, por exemplo, sistema de informação, princípios e diretrizes do SUS, financiamento etc (FIGURAS 11, 12 e 15).

Com base nos resultados deste estudo, a rede de cuidados do Distrito Sanitário tem entre suas diretrizes a integralidade, demarcada por aspectos frágeis, mas que contribui para a conformação das RAS em serviços que buscam a integração pela atuação de profissionais engajados em operacionalizar o cuidado integral. A prática dos profissionais, sobretudo a atuação dos gestores, favorece a organização e o planejamento de todas as ações relacionadas à saúde e permite contribuir com a atenção integral às DCNT (FIGURA 15).

7.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO

Para prestar assistência integrada e centrada no indivíduo, é necessária a integração dos cuidados por meio de profissionais comprometidos com esse propósito, inseridos em serviços que se articulem com outros serviços dentro de um Sistema de Saúde. As dimensões da integração têm características complementares e, sobretudo, as dimensões integração normativa e funcional podem garantir coesão em todo o sistema. No entanto, todas as dimensões da integração devem ser almeçadas dentro de um sistema para promover a realização de cuidados contínuos e de qualidade.

Conclui-se que as dimensões do cuidado e da equipe clínica são componentes essenciais para a integração e se perfazem no contato diário entre os profissionais e nas relações estabelecidas entre eles e, nessas relações, o enfermeiro se constitui como um importante elo na equipe a fim de garantir que a assistência seja ofertada com qualidade, seja realizando cuidado direto ou coordenando um serviço. As dimensões normativa e funcional têm interface em todas as dimensões e permeiam todo o contexto analisado.

Ainda que não estejam fortalecidas em todo o distrito, as coordenações tanto distritais quanto locais e o modo como realizam suas práticas podem ser consideradas, dentro do contexto analisado, as mais importantes estratégias para a integração no distrito, com potencial para legitimar um cuidado integral de qualidade nos serviços.

8 SOBRE AS PROPOSIÇÕES INICIAIS E A TESE DEFENDIDA

As proposições teóricas foram fundamentais para o desenvolvimento e análise deste estudo. Os resultados alcançados possibilitaram ratificar as proposições inicialmente descritas e permitiram ainda seu aperfeiçoamento, o que favorece uma generalização analítica.

- 1) *O modelo preconizado pelo SUS, centrado no usuário, tem, entre suas diretrizes, a integralidade, que potencializa a conformação das RAS em serviços integrados, nos quais operam profissionais de saúde que têm por finalidade o cuidado integral ao indivíduo.*

O distrito é parte de uma rede que preconiza que os serviços se inter-relacionem e que as ações dos profissionais sejam centradas no usuário. Para tanto, a integralidade é inerente a esse contexto. Ainda que seus preceitos não sejam definidos claramente nos discursos dos participantes, é notório que as conexões existentes entre os profissionais e entre os serviços, por meio de algumas estratégias, são o princípio de conformação das RAS no Município.

- 2) *A garantia do cuidado integral às DCNT decorre da integração nos planos políticos, institucionais, organizacionais e assistenciais. No entanto, é no plano assistencial que o projeto terapêutico é operacionalizado mediante mecanismos para integração dos cuidados, tais como fluxos assistenciais de referência e contrarreferência.*

Para ofertar o cuidado integral são necessários vários arranjos em todo o sistema, assim, além de políticas favoráveis e de uma gestão que prioriza o cuidado de qualidade em todos os âmbitos, é imprescindível que o cuidado seja operacionalizado por profissionais comprometidos com uma lógica assistencial na qual o cuidado ofertado ao indivíduo deve atender suas necessidades de saúde.

O cuidado com o diabetes e a hipertensão, que foram as DCNT mencionadas pelos participantes deste estudo, é feito com base nas definições do distrito, que assume o plano organizacional, e segue as normatizações da SMS. Compreende-se, neste estudo, que a principal normativa instituída pela SMS e que deve embasar os serviços é a de que o usuário deve encontrar o cuidado que procura quando precisar, sem que para isso precise despender muito tempo e que sempre encontre resolução

para sua necessidade de saúde. Para isso, o Município procura organizar a agenda dos profissionais para que o acesso aos serviços seja facilitado aos usuários. Essa compreensão se traduz em um conceito, mas que busca uma finalidade prática constante, constituindo, assim a base para o cuidado no distrito. Nisso consiste ainda a autonomia concedida pelo Município para que o distrito organize suas práticas. O distrito, aqui representado pelas coordenações, discutem, juntamente com as coordenações locais, o objetivo da assistência. E em uma perspectiva local, as unidades definem junto à sua coordenação a forma como o cuidado será ofertado, tendo o apoio das coordenações do distrito nas ações que serão realizadas.

Operacionalmente, algumas unidades realizam atendimentos aos usuários (diabéticos e hipertensos) com base em grupos de orientação e agendamento de consultas, outras apenas realizam atendimento em livre demanda. Em vista disso, os planos político e organizacional exercem influência no plano assistencial, sendo ambos interdependentes, porém o plano assistencial assume uma vantagem e responsabilidade substanciais, pois é o local onde o cuidado acontece.

Para tanto, são necessários mecanismos que conectem os serviços e os profissionais e que os fluxos sejam orientados da melhor maneira possível. Nesse sentido, a comunicação entre os profissionais do distrito torna-se fluida à medida que os profissionais se engajam em suas ações cotidianas, permitindo que o usuário percorra entre um serviço e outro sem grandes dificuldades. O percurso para serviços fora do distrito exige ainda mais comprometimento e envolve outros atores. Algumas iniciativas descritas, como contatos telefônicos entre enfermeiros de níveis de atenção diferentes, ainda que sutis, podem impulsionar o cuidado continuado na rede do Município. Outras estratégias desenvolvidas pelos coordenadores dentro do distrito, como priorização de consultas ou direcionamento de usuários por meio de e-mail ou telefone, são iniciativas que favorecem os fluxos assistenciais e um cuidado de qualidade.

- 3) *A atuação dos coordenadores na organização e no planejamento das ações e a maneira como essa prática se consolida são fundamentais para a integração dos cuidados às DCNT.*

Nesse contexto em que se exigem interdependência entre os atores, cooperação e, ao mesmo tempo, comprometimento diários, a atuação dos coordenadores é essencial para facilitar e garantir o cuidado integral.

A complexidade das situações vivenciadas por um usuário com uma doença crônica é proporcional ao grau de exigência para sua resolução, assim são necessários profissionais, cuidados diferenciados e serviços operando com diferentes tecnologias. Assim, quanto maiores as necessidades de saúde, mais necessária se torna a cooperação entre os profissionais de saúde envolvidos, refletindo na organização do cuidado. Para essa finalidade, a atuação dos coordenadores é imprescindível para garantir as conexões necessárias e o equilíbrio das ações a serem desenvolvidas, de maneira que todos os esforços estejam voltados ao objetivo inicial, que é a necessidade de saúde que impulsionou toda a dinâmica, para consecução do objetivo final - o cuidado prestado com qualidade de forma contínua.

No distrito, todas as coordenações se destacam por se traduzirem nessa ponte entre os profissionais e os usuários, fornecendo os meios para que o cuidado aconteça. Ainda que nem sempre o cuidado seja livre de obstáculos e que várias situações provoquem desgastes aos profissionais, os coordenadores do distrito procuram seguir as orientações da SMS e interagir com os coordenadores locais para que eles façam os repasses às suas unidades e, assim, nessa inter-relação constante entre os profissionais, o distrito seja uma região que atue em benefício do usuário.

- 4) *Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro se destaca como um profissional com habilidades para responder às várias demandas da população, prestando, assim, exerce uma contribuição expressiva na atenção integral às DCNT.*

A contribuição do enfermeiro na integração dos cuidados às DCNT se concentra principalmente na coordenação do cuidado, possibilitada pelos diferentes cargos assumidos no distrito e em cada um dos serviços, que lhe proporcionam autonomia para tomada de decisão relacionada ao cuidado prestado pelos profissionais de saúde, além de estar na linha de frente para contribuir com situações que exigem posicionamentos assertivos, como o direcionamento dos usuários na rede de cuidados.

A título de conclusão, as proposições iniciais deste estudo foram ratificadas, destacando-se que a organização do distrito, com serviços e profissionais que estão continuamente buscando formas de se conectar para agir em prol do usuário, é um

contexto que contribui para a conformação das redes e que procura justificar seu papel frente às necessidades da população.

Com base nessas considerações, a RAS tem a finalidade de atender as necessidades de saúde dos usuários de um determinado território, com uma estrutura que sustenta as interações entre os serviços e entre os profissionais. E entre esses profissionais, destaca-se o enfermeiro como aquele que contribui de maneira significativa para a integração dos cuidados no contexto das DCNT.

Por consequência, a tese inicial proposta foi confirmada, sugerindo ainda outro desdobramento. A rede por si só pressupõe uma estrutura que deve permitir as interações entre todos os envolvidos, ou seja, nessa estrutura estão implícitos todos os mecanismos necessários para que a interação ocorra, e nessa linha, a coordenação é inerente à rede, desde que bem conduzida. No contexto desse estudo, a coordenação é considerada em uma perspectiva na qual diferentes profissionais, com boa capacidade gerencial, independentemente da sua formação, podem exercê-la.

No entanto, entre os profissionais, foi possível apreender que o enfermeiro está inserido nesse contexto de maneira muito significativa, tanto quantitativamente, em razão do maior número de coordenadores com essa formação, quanto qualitativamente, considerando os aspectos mencionados a respeito do exercício da coordenação no distrito. Sendo assim, o enfermeiro não apenas contribui com a integração dos cuidados segundo sua prática, mas se destaca por ser um profissional versátil, que se adapta às transformações do Sistema de Saúde, sendo esse reconhecimento confirmado quando lhe conferem outras complexas funções.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atributos conferidos ao profissional enfermeiro – capacidade resolutive, protagonismo e autonomia na organização dos cuidados, interação com outros profissionais e; de maneira especial, a coordenação – permitem direcionamentos mais assertivos pela rede, o que soa positivo na sua atuação junto aos doentes crônicos, com impacto na integração dos cuidados. Essa parcela da população exige cuidados cada vez melhores e impõe muitos desafios: aos serviços, estratégias de comunicação mais eficazes que otimizem o percurso do usuário entre eles; aos coordenadores, a necessidade de uma coordenação do cuidado cada vez mais integrada e abrangente com o envolvimento de todos os profissionais da equipe; e aos enfermeiros, o comprometimento com o cuidado e melhor envolvimento com a equipe.

Ainda que não seja o único que pode gerir uma unidade ou um distrito em razão do maior quantitativo de coordenadores com formação em enfermagem e dos aspectos resgatados nesse estudo, infere-se que o enfermeiro detém notável capacidade gerencial, destacando-se na coordenação dos serviços e do distrito, ou seja, em diferentes cargos e funções.

Os usuários requerem atendimento de enfermagem em tempo hábil, com qualidade acima da média e com eficiência. Além disso, são requeridos dos profissionais pensamento crítico e um cuidado livre de imperícia e imprudência. Ou seja, são muitos encargos e dificilmente todos os atributos favoráveis à integração dos cuidados serão encontrados em um mesmo profissional ou em um mesmo serviço, assim, o saldo permanece negativo para a equipe, para o enfermeiro e, por analogia, para a assistência.

É válido destacar que o gerenciamento de enfermagem, embora não tenha sido enfatizado em toda sua profundidade neste estudo, pode contribuir para a prática profissional do enfermeiro, pois, sob a ótica analisada, esteve relacionado ao cuidado ofertado em cada uma das unidades de saúde pesquisadas. No entanto, ainda na perspectiva adotada neste estudo, o enfermeiro se destaca com veemência na gestão como coordenador no distrito ou nos serviços em funções não necessariamente envolvidas com o cuidado direto, mas que geram impacto sobre este cuidado de maneira inegável.

É necessária uma visão ampliada a respeito dos problemas de saúde da população. No que compete ao enfermeiro, esse aspecto é imperativo para que suas ações sejam voltadas para uma assistência contínua e integral. Ademais, a prática profissional do enfermeiro contempla diferentes possibilidades que devem ser consideradas para ampliação da sua inserção nesse contexto. Nesse sentido, suas funções assistenciais, administrativas e educativas lhe permitem uma posição de destaque em relação à equipe de profissionais e o favorecem no que diz respeito ao atendimento ao usuário.

Em síntese, a combinação de coordenações existentes no distrito, fluxos de encaminhamento dos usuários bem como todas as atividades desenvolvidas pelos serviços resultam num sistema que procura encontrar certo equilíbrio, mas prevalecendo a fragmentação na rede como um todo. Entre outros motivos, a interação entre os profissionais e a comunicação deficientes poderiam por si só ocasionar dificuldade para integrar o sistema. Em vista disso, é necessário repensar maneiras que contribuam para o alcance da integração dos cuidados, sobretudo no contexto das DCNT, em que é veemente a demanda por cuidados de diferentes profissionais em vários serviços.

Esse estudo contribui de várias maneiras para o sistema de saúde e para a enfermagem. De um lado, propõe o entendimento de um contexto complexo segundo uma perspectiva teórica, por outro lado, esse entendimento pode se desdobrar na adoção de uma abordagem mais funcional para o sistema de saúde. Ou seja, a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos com DCNT pode se beneficiar da integração dos cuidados por meio dos vários aspectos mencionados, entre eles a atuação dos coordenadores, a articulação do enfermeiro e do coordenador com outros profissionais, planejamento e organização do cuidado, além de ferramentas como o sistema de informação entre outras tecnologias disponíveis que facilitam o cuidado. Além disso, a organização do distrito permite que os serviços se conectem de maneira clara para que os profissionais e usuários consigam acessá-los com menos burocracia.

O reconhecimento das estratégias de integração para o atendimento às DCNT é benéfico, desde que, para isso, os serviços se adaptem para que os usuários obtenham atendimento mais ágil e menos burocrático; isso implica melhor comunicação, envolvimento, assertividade e tomada de decisão dos profissionais, assim como melhor conhecimento da rede na qual estão inseridos para acionamento

de fluxos. A esse respeito, deve-se destacar que o contexto em que imperam as DCNT é extremamente complexo e vai além de doenças como o diabetes e hipertensão, consideradas centrais neste estudo pelos participantes.

É válido ressaltar ainda que a integração é objeto de esforços do Município, quando há discussão a respeito de maneiras que auxiliem o desenvolvimento de ações mais integradas, seja por meio da concessão de autonomia aos gestores de cada serviço para planejar estratégias que favoreçam a continuidade dos cuidados, ou pelo fato de disponibilizar ferramentas que auxiliam os profissionais na assistência aos indivíduos.

De modo geral, este estudo procurou proporcionar uma compreensão do processo pelo qual um modelo com enfoque na integração dos cuidados pode ser efetivo na rede de cuidados, sobretudo no que diz respeito à contribuição do enfermeiro nesse contexto, fornecendo sugestões importantes que se entrelaçam ao suporte teórico em questão. Destacam-se, de modo particular, a metodologia empregada e o uso do software, essenciais para a consecução do estudo. Espera-se que, com isso, seja possível apreender aspectos que possam ser debatidos e analisados em contextos semelhantes.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FRAGILIDADES DA REDE DE CUIDADOS

O estudo não abrangeu todos os profissionais do distrito, o que poderia comprometer um entendimento mais amplo acerca da contribuição do enfermeiro e do contexto analisado como um todo. Algumas informações não foram obtidas por meio da coleta de dados, tornando frágil uma análise mais aprofundada de algumas dimensões, isso pode ser decorrente da não compreensão de alguns participantes do contexto em que estão inseridos ou relacionado ao pouco envolvimento com as premissas do Município e do SUS para o atendimento das necessidades dos indivíduos acometidos por DCNT. No entanto, algumas considerações precisam ser feitas para que essas limitações sejam mais bem compreendidas.

Em primeiro lugar, a oferta de recursos adequados parece ser condição necessária para promover a integração. Nesse sentido, investimentos em tecnologias e na estrutura dos serviços podem ser vantajosos, desde que, para isso, seja feito um planejamento adequado que atenda as necessidades da população. Ou seja, a falta de recursos e de planejamento não fornece uma atmosfera vantajosa para a apreensão da integração em toda sua essência.

Em segundo lugar, a falta de conformidade em relação às normas, crenças e filosofia do sistema de saúde como um todo e dos preceitos que regem um trabalho em rede, pode ser um fator que resultou em uma interação clínica inadequada e impediu a construção de uma relação verdadeiramente cooperativa entre os profissionais.

Terceiro, a integração não é algo que pode ser obtido instantaneamente, é um processo longo que requer tempo e engajamento de todos os envolvidos. Por consequência, inicialmente essas questões precisam ser superadas para que, na sequência, seja possível visualizar outros aspectos da contribuição do enfermeiro para o cuidado às DCNT.

Finalmente, independentemente da lente utilizada para analisar um contexto, os profissionais de saúde devem dar sentido às suas práticas cotidianas para poder implementá-las. Ou seja, não há sentido pensar em cuidado em saúde voltado às necessidades dos indivíduos, sem que isso seja considerado uma lógica profissional.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.
- ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C.C *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana Salud Publica**, v, 42, n. 29, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/>. Acesso em: 12 mai. 2019.
- ALMEIDA, M. L. *et al.* Direção ou Coordenação? Repensando a representatividade institucional da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 521-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a16.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2019.
- ALMEIDA, P. F.; OLIVEIRA, S. C. ;GIOVANELLA, L. Network integration and care coordination: the case of Chile's health system. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p. 2213-28, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/en_1413-8123-csc-23-07-2213.pdf. Acesso em: 11 mai. 2019.
- AMARAL, R. T. *et al.* Conhecimento dos diabéticos frente à doença e orientações no autocuidado. **Revista Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 346-52, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a239077p346-352-2019>. Acesso em: 11 mai. 2019.
- ARAUJO, N. C. F. *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v.8, n.3, 37-41, 2017. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2017080306001194BR.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.
- ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p. 533-538, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a02.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2019.
- ARCE, V. A. R., SOUSA, M. F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 109-23, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/11.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.
- ARMITAGE, G. *et al.* Health Systems Integration: state of evidence. **International Journal of Integrated Care**, United Kingdom v. 17, n.9, p. e82, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707589>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- AXELSSON, R.; AXELSSON, S.B. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. **The International Journal of Health Planning and**

Management, Chichester, v.21, n. 1, p. 75-88, 2006. Disponível em: https://www.k4health.org/sites/default/files/axelsson_bihari_axelsson_2006.pdf. Acesso em: 04 mai. 2019.

AYRES, J. R.C. M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, n.40, p. 67-81, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/en_aop2212.pdf. Acesso em: 03 abr. 2019.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2018.

BAZZO-ROMAGNOLLI, A.P.; GIMENEZ-CARVALHO, B.; ALMEIDA-NUNES, E.F.P. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v.13, n. 27, p. 168-80, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a10.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

BECKER *et al.* Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71(suppl 6), p. 2800-7, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2643.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 555-60, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRAULT, I. *et al.* Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. **Nursing Research and Practice**, United Kingdom, 170514, 2014. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/170514/>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal. Secretaria Especial de Informática. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. Senado Federal. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 09 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 03 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento**. Série Pactos pela Saúde 2006.Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>. Acesso em 04 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.

BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para **a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 08 jan. 2019.

BRASIL. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Ministério da Saúde, Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso em: 03 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 07 mai. 2019.

BRONDANI, J.R.D.A. *et al.* Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 1, n.1, p.41-50,

2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/1841/1510>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BUCHAN, J. *et al.* Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. especial, p. 38-46, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459889>. Acesso em: 20 mar 2019.

BUSETTO L. *et al.* Barriers and Facilitators to Workforce Changes in Integrated Care. **International Journal of Integrated Care**, United Kingdom, v. 18, n.2, p.17, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6095071/>. Acesso em 30 mar. 2019.

CAMPOS, A. C. D.*et al.* O enfermeiro como articulador do cuidado humanizado no atendimento às urgências e emergências – Revisão. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix**, Belo Horizonte, v. 03, n.06, 2013. Disponível em: <http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/562>. Acesso em: 02 mar. 2019.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-86, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CASS, S.; BALL, L.; LEVERITT, M. Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease. **Australian Journal of Primary Health**, Australia, v.20, n.2, p.203-8, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23428207>. Acesso em: 04 mar. 2019.

CAVALCANTI, P. B. *et al.* A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 192-215. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n39/n39a09.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, suppl. 1, p. 545-55, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003.p.197-210.

CENEDÉSI, M. G. *et al.* Funções desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v, 13,

n.1, p.92-102, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/21/17>. Acesso em: 03 mar. 2019.

COSTA, S. M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n. 27, p. 90-6, 2013. Disponível em: <https://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/530/552>. Acesso em: 14 mai. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, Montreal, v. 8, n. 2, p. 38-52, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Charo_Rodriguez/publication/251783304_Integration_des_soins_Dimensions_et_mise_en_oeuvre/links/02e7e52de8be5562df000000/Integration-des-soins-Dimensions-et-mise-en-oeuvre.pdf. Acesso em: 02 dez 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* The integration of health care: dimensions and implementation. [ed.] Université de Montreal. **Working Paper Group de Recherché Interdisciplinaire en Santé**. 2003. Disponível em: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N04-01.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, D. *et al.* A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. **BMC Health Services Research**, London, v. 27, 15:78, 2015. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0731-5>. Acesso em: 02 out. 2018.

CORRALES-NEVADO, D. *et al.* Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales em la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.27, n. S, p. 63–8, 2012. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003700>. Acesso em: 02 fev. 2019.

CORRÊA, A. C.P. *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá-Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n.1, p. 171-80, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012 (atualizado em 2017). Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev.2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2017 (atualizado em 2018). Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev. 2017.

CURITIBA. **Secretaria Municipal de Saúde** [homepage na internet]. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev.2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de tratamento de feridas**. Departamento de Atenção Primária. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev. 2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do hipertenso**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev. 2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Diabete Melito Tipo 2 : diretriz de atenção à pessoa com Diabete Melito Tipo 2**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev. 2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Cartilha acesso avançado**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2014a. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev. 2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços**. Guia para profissionais de saúde Relação de serviços e condições abordadas na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2014b. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Acesso em: 28 fev. 2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão. Monitoramento quadrimestral SUS/Curitiba -1º quadrimestre de 2014**. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Curitiba, 2016a. Acesso em: 28 fev. 2017.

CURITIBA. **Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC)**. Disponível em: <http://www.ippuc.org.br>. Acesso em 28 mai. 2019.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br. Curitiba, 2016b. Acesso em: 28 fev. 2017.

DIAS, C.G. *et al*. Enfermeiro Clínico Especialista: um modelo de prática avançada de enfermagem em oncologia pediátrica no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n.6, p.1426-30, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78110>. Acesso em 07 mar. 2018.

DOMBROWSKI, J.G., PONTES, J.A., ASSIS, W.A.L.M. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 827-32, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/03.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-32, 2012.

Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012_000400001&script=sci_arttext. Acesso em: 05 mar. 2019.

EVANS, J.M., *et al.* A cognitive perspective on health systems integration: results of a Canadian Delphi study. **BMC Health Services Research**, London, v. 14:222, 2014. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-222>. Acesso em: 05 mar. 2018.

FELLI, V.E.A; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Tronchin DMR et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 1-12.

FERREIRA-UMPIERREZ, A.; FORT-FORT, Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n. 2, p. 241-7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00241.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2019.

FERRO, L. F., *et al.* Interdisciplinaridade e intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p.129-38, 2014. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.5, p. 1135-41, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

FRIEDEN, T.R. SHATTUCK LECTURE: The Future of Public Health. **The new England journal of medicine**, Massachusetts, v.373, n.18, p. 1748-54, 2015. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1511248>. Acesso em: 03 mar. 2018.

FURTADO, L. G., NÓBREGA, M.M.L. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1197-204, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/39.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

GALVAN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 10, n.2, p. 53-61, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a07.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2018.

GIOVANELLA, L. Basic health care or primary health care? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00029818/en>. Acesso em: 30 mai. 2019.

GÓMEZ-PICARD, P.; FUSTER-CULEBRAS, J. Atención a lacronicidad: desafio estratégico, macrogestión y políticas de salud. **Enfermería Clínica**, España, v. 24, n.1, p.12-17, 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001903>. Acesso em: 02 mar. 2019.

GONÇALVES, C. R. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0026.pdf>. Acesso em 14 mai. 2019.

GRONE, J., GARCIA-BARBERO, M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. **International Journal of Integrated Care**. United Kingdom, v. 1:e21, P. 1-10, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/>. Acesso em: 23 mar. 2018.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup2, p. 331-36, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>. Acesso em: 20 mar 2019.

HOEPFNER, C. *et al.* Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1091- 101, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1091.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J.R.C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>. Acesso em 07 abr. 2019.

KUROKAWA E SILVA, N. E.; SANCHÓ, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 843-52, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300843&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 mai. 2019.

LAZARINI, C. A.; GOULART, F. C. Integração básico-clínica no internato médico: Psiquiatria e Farmacologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 342-49, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/06.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2019.

LAPEÑA-MOÑUX, Y. R. *et al.* La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. **Revista ROL de enfermería**, Logroño, v. 40, n. 2, p. 130-6, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5837081>. Acesso em: 14 fev. 2019.

LIMA, J.C., RIVERA F.J. U. Redes de conversação e coordenação de ações

de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.323-36, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/11.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

LLOYD, J.; E WAIT, S. Integrated care: a guide for policymakers. **Aliance for Health and the Future**, London. 2005.

LONGPRÉ, C. *et al.* Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being. **BMC Nursing**, London, v.13, n.1, p.1-12, 2014.

LONGPRÉ, C.; DUBOIS, C. A. Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? **BMC Health Services Research**, 15:84, 2015.

LOPES, H. *et al.* **Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental**. 2014. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelIntegracaoCuidadosSaude.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

MACHADO, C.V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00129616, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MAFFISSONI, A. L. *et al.* Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. **Revista Cuidarte**, Colômbia, v. 9, n. 3, p. 2309-21, dez. 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/cuid/v9n3/2346-3414-cuid-9-3-2309.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2019.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M; PINTO, H.A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.51, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

MALTA D.C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608. 2014a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças Crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-50, 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4341.pdf>. Acesso em 02 mai. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n.3, p. 373-87, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00373.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-90, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n2/en_2237-9622-ess-25-02-00373.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

MALTA D.C. *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 135, n. 3, p. 213-21, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802017000300213. Acesso em: 02 mai. 2019.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S. *et al.*, Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p.373-90, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>. Acesso em 30 mar. 2019.

MARINHO, L. M. *et al.* Atributos da Atenção Primária: perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.4, n.2, p.04-18, 2015. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/90/130>. Acesso em: 14 mai. 2109.

MARQUI, A. B. T. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

MARTINS, G. F.; VIEIRA, M. L. Desenvolvimento humano e cultura: integração entre filogênese, ontogênese e contexto sociocultural. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 15, n. 1, p. 63-70, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n1/09.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde - Brasil, 2002 a 2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 19-29, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00019.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1411-1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS : Aposta em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p.15-35.

MIGUÉLEZ-CHAMORRO, A., FERRER-ARNEDO, C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico em la comunidade. **Enfermería Clínica**, España, v. 24, n. 1, p. 5-11, 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001915>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-53, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a20v64n2.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

MOURAO JUNIOR, C. A.; MELO, L. B. R. Integração de três conceitos: função executiva, memória de trabalho e aprendizado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 309-14, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n3/06.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

NASMITH, L. *et al.* The challenge of promoting integration: conceptualization, implementation, and assessment of a pilot care delivery model for patients with type 2 diabetes. **Family Medicine**, Kansas, v. 36, n. 1, p. 40-5, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710328>. Acesso em: 13 fev. 2019.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 199-210, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/18.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas Reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 146-152, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n3/1981-5271-rbem-42-3-0146.pdf>. Acesso em 11 mai. 2019.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n. especial, p. 158-64, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primaria em saúde**. Brasília: OPAS; 2013. Disponível em: http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/11/Modelo_Atencao_Curitiba.pdf. Acesso em: 20 mar. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Paraná– 2012-2015**. Paraná, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDCNT20122015.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012 (3ª reimpressão).

PEDUZZI, M., *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

PINTO JUNIOR, V. C.; CAVALCANTE, R. C.; BRANCO, K.M.C *et al.* Proposal of an Integrated Health Care Network System for Patients with Congenital Heart Defects. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São José do Rio Preto, v.31, n.3, p. 256-60, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5062714/pdf/rbccv-31-03-0256.pdf>. Acesso em 30 fev. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2011.

PÜSCHEL, V. A. A. *et al.* O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. 2017 nov-dez;70(6):1288-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1220.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

QUEIRÓZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de CatasAltas - MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 62-69, 2011. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v15n1/v15n1a09.pdf>. Acesso em 03 jun. 2019.

QUINDERE, P. H.D. *et al.* Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-71, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>. Acesso: em 20 fev. 2019.

RAUPP, L. M. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais:avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-34, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00615.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

RAVAGHI, H. *et al.* Evaluation of an urban phase of the specialized care program for diabetes in Iran: providers' perspectives. **International journal of preventive medicine**, Iran, v. 5, n.8, p. 1013-22, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258660/>. Acesso em: 13 mai. 2019.

REIS, M. L. *et al.* Avaliação do trabalho multiprofissional do núcleo de Apoio à saúde da família (NASF). **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. e2810014, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002810014>. Acesso em: 20 mai. 2019.

RIBAS, E. N. *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 546-553, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0546.pdf>. Acesso em:11 mai. 2019.

RODRÍGUEZ, C., CONTANDRIOPOULOS, A.P., LAROUCHE, D. Implementation Evaluation of an Integrated Healthcare Delivery Initiative for Diabetic Patients. **Healthcare Policy**, Toronto, v.1, n.3, p.99-120, 2006. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585338/pdf/policy-01-99.pdf>. Acesso em: 26 abr.2019.

SALDIVA, P.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47- 61, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.

SANTANA J., *et al.* Núcleo de apoio à saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro**, v. 7, n. 2, p. 2362-2371, 2015.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-89, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2019.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1671-80, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SANTOS, M.A.S., *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 389-98, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00389.pdf>. Acesso: em 27 mar. 2018.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 273-80, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

SILVA JR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, V.G.C; CORBO, A.D.A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, M.V.S., MIRANDA, G.B.N., ANDRADE, M.A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-99, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160420.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753- 62, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 47-58, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n109/47-58/pt>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SOUSA, S.M. **Gerenciamento de enfermagem na linha de cuidado: em busca do cuidado integral**. Orientador: Elizabeth Bernardino. 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

SOUSA, S.M. *et al.* Integrality of care: challenges for the nurse practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n.3, p. 504-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/0034-7167-reben-70-03-0504.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2019.

SOUTO, K. M. B. *et al.* Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. Especial, p. 49-62, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000500049&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 mai. 2019.

SOUZA, L. E. P.F. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 1017-21, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01017.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

TAVARES *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 16, n. 50(supl 2):7s. 2016. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006118/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006118-pt.x83902.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

TESTON, E.F. *et al.* Nurses' perspective on health education in Diabetes Mellitus Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 7, Suppl 6, p. 2735-42, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/0034-7167-reben-71-s6-2735.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2019.

THUMÉ, E. *et al.* Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 275-88, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0275.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

TRAVAGIM, D.S. A. *et al.* Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 291-7, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a21.pdf>>. Acesso em: 23/03/2016.

UCHIMURA, L.Y.T.; SILVA, A.T.C.; VIANA, A.L.A. Integration between Primary Health Care and Emergency Services in Brazil: Barriers and Facilitators. **International Journal of Integrated Care**. United Kingdom, v. 18, n.4, p. 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6251068/>. Acesso em 01 mai. 2019.

VALENTIJN, P. P. *et al.* "Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care." **International Journal of Integrated Care**. United Kingdom, v. 13, e010, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/>. Acesso em 02 fev. 2019.

VALENTIJN, PIM P. *et al.* Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods Study. **International Journal of Integrated Care**. United Kingdom, v. 15, e003, 2015. Disponível em: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.1513/>. Acesso em 02 fev. 2019.

VAN DILLEN SM, HIDDINK GJ. To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review. **BMC Family Practice**, United Kingdom, 15:197, p. 1-9, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4269898/>. Acesso em 02 fev. 2019.

VARGAS, I. *et al.* Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 15:213, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447020/pdf/12913_2015_Article_882.pdf. Acesso em: 12 mai. 2019.

VIANA, A. L. D'Á. *et al.* O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 17, supl. 1, p. S27-S43, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt1519-3829-rbsmi-17-s1-0S27.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

VIANA, A. L. D'Á. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1791-1798, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1791-1798/pt>. Acesso em: 13 mai. 2019.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 181-90, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C. M.M. Integrality: life principle and right to health. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín-Colombia, v. 33, n. 2, p. 237-47, 2015a. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26535845>. Acesso em: 23 fev. 2019.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C. M.M. The dimensions of the comprehensiveness on healthcare within the routine of the Family Health Strategy in the Jequitinhonha Valley. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p.

1089-100, 2015b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089. Acesso em: 13 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated health services - What and why?** Technical brief.2008, Vol. 1. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf. Acesso em: 23 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1/. Acesso em: 26 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A global brief on hypertension**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 26 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012**. Geneva: World Health Organization, 2014b. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 26 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2018: Monitoring health for the sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 mai. 2019.

XAVIER, C.; GUIMARAES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE 1– INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA

I. CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Sexo:.....

Idade:.....

Área de formação:.....

Tempo no serviço em questão (anos):.....

Cargo:.....

Qualificação:.....

II. ENTREVISTA

1- Como são desenvolvidas as ações e cuidados em saúde, tendo em vista as necessidades de cada usuário no contexto das DCNT?

.....

2- Como você percebe a consistência da abordagem interdisciplinar com as necessidades da população no contexto das DCNT?

.....

3- De que forma os profissionais definem suas funções tendo em vista as necessidades individuais de cada usuário no contexto das DCNT?

.....

4- De que forma os profissionais se articulam aos princípios de organização rede SUS/Curitiba e do sistema de saúde?

.....

5- Como você percebe a influência da gestão dos serviços na integração dos cuidados?

.....

6- Você poderia descrever a organização dos cuidados de saúde e de enfermagem no contexto das DCNTs?

.....

7- Como você percebe o gerenciamento feito pelo enfermeiro na integração dos cuidados?

.....

8- Como você percebe o papel da equipe de enfermagem no atendimento das necessidades de saúde?

.....

9- Como você percebe a estrutura e organização dos serviços em relação ao atendimento das necessidades de cada usuário?

.....

10- Como você percebe a estrutura e organização dos serviços em relação ao percurso do usuário no distrito e na rede como um todo?

.....

11- De que forma os serviços se articulam aos princípios de organização da rede SUS/Curitiba e do sistema de saúde?

.....

12- De que forma os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado?

.....

13- Como ocorre a coordenação das práticas do cuidado na rede SUS/ Curitiba contexto das DCNT?

.....

14- Como ocorre a coordenação da assistência de enfermagem no distrito contexto das DCNT?

.....

15- De que forma é desenvolvida cooperação entre os profissionais da equipe multiprofissional no contexto das DCNT?

.....

16- Como são estabelecidas parcerias entre os profissionais, tendo em vista as necessidades individuais de cada usuário?

.....

17- Como você percebe as decisões dos profissionais em relação ao atendimento das necessidades de saúde?

.....

18- Como você percebe o papel da gestão de recursos humanos em relação ao desempenho de cada profissional?

.....

19- Como você percebe a influência do sistema de informação do distrito em relação ao atendimento das necessidades de saúde e à continuidade do cuidado? E como o sistema de informação do distrito contribui com o apoio à tomada de decisão?

.....

20- Como você percebe o sistema de financiamento em relação à prestação de serviços condizentes com o atendimento das necessidades de saúde e à continuidade do cuidado das DCNT?

.....

21- De que forma a missão, visão, valores e cultura são compartilhados por todos, tendo em vista a coerência entre os serviços, profissionais e no cuidado?

.....

22- Como os mecanismos de coordenação informais baseados em valores comuns, cultura e metas profissionais são operacionalizados?

.....

23- Como ocorre a integração entre os vários serviços da rede? Quais são as estratégias utilizadas para garantir a continuidade do cuidado?

.....

24- Como ocorre articulação do distrito com a rede SUS/Curitiba, e do Município com o Sistema de Saúde mais amplo?

.....

APÊNDICE 2– ROTEIRO PARA VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS E ARQUIVOS COMPUTADORIZADOS

Características referentes à integração dos cuidados	Aspectos contemplados
Ações e cuidados em saúde com vistas às necessidades de cada usuário no contexto das DCNT	
Consistência da abordagem interdisciplinar com as necessidades da população no contexto das DCNT	
Funções dos profissionais tendo em vista as necessidades individuais de cada usuário no contexto das DCNT	
Articulação aos princípios de organização rede SUS/Curitiba e do sistema de saúde	
Influência da gestão dos serviços na integração dos cuidados	
Organização dos cuidados de saúde e de enfermagem no contexto das DCNT	
Gerenciamento feito pelo enfermeiro na integração dos cuidados	
Papel da equipe de enfermagem no atendimento das necessidades de saúde	
Estrutura e organização dos serviços em relação ao atendimento das necessidades de cada usuário	
Estrutura e organização dos serviços em relação ao percurso do usuário no distrito e na rede como um todo	
De que forma os serviços se articulam aos princípios de organização da rede SUS/Curitiba e do sistema de saúde?	
Autocuidado – envolvimento dos usuários	
Coordenação das práticas do cuidado na rede SUS/ Curitiba no contexto das DCNT	
Coordenação da assistência de enfermagem no distrito no contexto das DCNT	
Cooperação entre os profissionais da equipe multiprofissional para o atendimento às DCNT	
Parcerias entre os profissionais, tendo em vista as necessidades individuais de cada usuário	
Decisões dos profissionais em relação ao atendimento das necessidades de saúde	
Gestão de recursos humanos em relação ao desempenho de cada profissional	
Sistema de informação do distrito em relação ao atendimento das necessidades de saúde e à continuidade do cuidado	
Sistema de financiamento em relação à prestação de serviços condizentes com o atendimento das necessidades de saúde e à continuidade do cuidado das DCNT	
Missão, visão, valores e cultura	
Mecanismos de coordenação informais	
Integração entre os vários serviços da rede	
Articulação do distrito com a rede SUS/Curitiba e do Município com o Sistema de Saúde mais amplo	

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Enfermeiro Assistencial)

Nós, Elizabeth Bernardino, Fernanda Catafesta, Ester Ribas e Solange Meira de Sousa, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **Enfermeiro assistencial**, a participar de um estudo intitulado “Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro”, que trata de um conjunto de estudos que visa a elucidar como é operacionalizada, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção, com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Os objetivos desta pesquisa são: a) Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contandriopoulos *et al.* (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica; b) Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação como estratégia de integração na rede SUS Curitiba; c) Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na Rede de Atenção à Saúde; d) Propor estratégias de integração dos cuidados para a Rede de Atenção à Saúde SUS/Curitiba.

- a) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a um questionário semiestruturado a respeito de como você desenvolve ou vivencia as estratégias de integração dos cuidados na rede de saúde, em um local calmo e privado, de sua preferência, em horário previamente agendado, com duração de aproximadamente 40 minutos.
- b) Não está previsto nenhum risco, mas se houver algum desconforto ou constrangimento ou algum outro sentimento de qualquer natureza, comunique ao pesquisador, e a entrevista será interrompida a qualquer momento, podendo ser retomada, conforme o seu desejo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Conhecer melhor a rede SUS/Curitiba, compreendendo os aspectos da integração e se ela favorece a assistência contínua pautada na integralidade da atenção. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros gerentes e dos gestores na perspectiva da integração em rede. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que desenvolvem, de alguma forma, a estratégia de integração do cuidado. Conhecer, na perspectiva do usuário, como se desenvolvem (são recebidas) as estratégias de integração em rede. Contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção e, conseqüentemente, para uma melhoria na assistência prestada, de forma que o usuário receba atendimento resolutivo e integrado na rede. Evidenciar a importância da integração em rede no que concerne à reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. Propor estratégias de referência e contrarreferência para a rede SUS/Curitiba com a contribuição da Enfermagem. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- d) Os pesquisadores Prof. Dra. Elizabeth Bernardino (Fone: 41 8873-5514, e-mail: elizabeth.bernardino@hotmail.com), Enf. Dda. Fernanda Catafesta (Fone: 43 9918-4369, e-mail: fernandacatafesta@yahoo.com.br). Enf. Ms. Ester Ribas (Fone: 41 9673-6400, e-mail: Ester.ribas@terra.com.br) e Enf. Dda. Solange Meira de Sousa (Fone: 41 98103885, e-mail: solangesmj@gmail.com), responsáveis por este estudo poderão ser contatados pelos telefones ou e-mails acima, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e lhe fornecer as informações que queira, antes, durante ou após encerrado o estudo.
- e) Sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- f) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores e, quando os resultados forem publicados em revistas científicas, será feito com o uso de códigos de forma que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Sua entrevista será gravada, respeitando completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.
- g) Todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Neste estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá despesas de qualquer natureza.
- h) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e, sim, um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba _____ / _____ / _____.

Assinatura do Pesquisador.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_-

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Enfermeiro Gestor)

Nós, Elizabeth Bernardino, Fernanda Catafesta, Ester Ribas e Solange Meira de Sousa, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **Enfermeiro assistencial**, a participar de um estudo intitulado “Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro”, que trata de um conjunto de estudos que visa a elucidar como é operacionalizada, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção, com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Os objetivos desta pesquisa são: a) Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contandriopoulos *et al.* (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica; b) Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação como estratégia de integração na rede SUS Curitiba; c) Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na Rede de Atenção à Saúde; d) Propor estratégias de integração dos cuidados para a Rede de Atenção à Saúde SUS/Curitiba.

- a) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a um questionário semiestruturado a respeito de como você desenvolve ou vivencia as estratégias de integração dos cuidados na rede de saúde, em um local calmo e privado, de sua preferência, em horário previamente agendado, com duração de aproximadamente 40 minutos.
- b) Não está previsto nenhum risco, mas se houver algum desconforto ou constrangimento ou algum outro sentimento de qualquer natureza, comunique ao pesquisador, e a entrevista será interrompida a qualquer momento, podendo ser retomada, conforme o seu desejo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Conhecer melhor a rede SUS/Curitiba, compreendendo os aspectos da integração e se ela mesma favorece a assistência contínua pautada na integralidade da atenção. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros gerentes e dos gestores na perspectiva da integração em rede. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que desenvolvem, de alguma forma, a estratégia de integração do cuidado. Conhecer, na perspectiva do usuário, como se desenvolvem (são recebidas) as estratégias de integração em rede. Contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção e, conseqüentemente, para uma melhoria na assistência prestada, de forma que o usuário receba atendimento resolutivo e integrado na rede. Evidenciar a importância da integração em rede no que concerne à reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. Propor estratégias de referência e contrarreferência para a rede SUS/Curitiba com a contribuição da Enfermagem. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- d) Os pesquisadores Prof. Dra. Elizabeth Bernardino (Fone: 41 8873-5514, e-mail: elizabeth.bernardino@hotmail.com), Enf. Dda. Fernanda Catafesta (Fone: 43 9918-4369, e-mail: fernandacatafesta@yahoo.com.br), Enf. Ms. Ester Ribas (Fone: 41 9673-6400, e-mail: Ester.ribas@terra.com.br) e Enf. Dda. Solange Meira de Sousa (Fone: 41 98103885, e-mail: solangesmj@gmail.com), responsáveis por este estudo poderão ser contatados pelos telefones ou e-mails acima, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e lhe fornecer as informações que queira, antes, durante ou após encerrado o estudo.
- e) Sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- f) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores e, quando os resultados forem publicados em revistas científicas, será feito com o uso de códigos de forma que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Sua entrevista será gravada, respeitando completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.
- g) Todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Neste estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá despesas de qualquer natureza.
- h) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e, sim, um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba _____ / _____ / _____.

Assinatura do Pesquisador.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_ -

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Gestor)

Nós, Elizabeth Bernardino, Fernanda Catafesta, Ester Ribas e Solange Meira de Sousa, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, **Enfermeiro assistencial**, a participar de um estudo intitulado “Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro”, que trata de um conjunto de estudos que visa a elucidar como é operacionalizada, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção, com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Os objetivos desta pesquisa são: a) Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contandriopoulos *et al.* (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica; b) Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação como estratégia de integração na rede SUS Curitiba; c) Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na Rede de Atenção à Saúde; d) Propor estratégias de integração dos cuidados para a Rede de Atenção à Saúde SUS/Curitiba.

- a) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a um questionário semiestruturado a respeito de como você desenvolve ou vivencia as estratégias de integração dos cuidados na rede de saúde, em um local calmo e privado, de sua preferência, em horário previamente agendado, com duração de aproximadamente 40 minutos.
- b) Não está previsto nenhum risco, mas se houver algum desconforto ou constrangimento ou algum outro sentimento de qualquer natureza, comunique ao pesquisador, e a entrevista será interrompida a qualquer momento, podendo ser retomada, conforme o seu desejo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- c) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Conhecer melhor a rede SUS/Curitiba, compreendendo os aspectos da integração e se ela mesma favorece a assistência contínua pautada na integralidade da atenção. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros gerentes e dos gestores na perspectiva da integração em rede. Conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que desenvolvem, de alguma forma, a estratégia de integração do cuidado. Conhecer, na perspectiva do usuário, como se desenvolvem (são recebidas) as estratégias de integração em rede. Contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção e, conseqüentemente, para uma melhoria na assistência prestada, de forma que o usuário receba atendimento resolutivo e integrado na rede. Evidenciar a importância da integração em rede no que concerne à reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. Propor estratégias de referência e contrarreferência para a rede SUS/Curitiba com a contribuição da Enfermagem. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- d) Os pesquisadores Prof. Dra. Elizabeth Bernardino (Fone: 41 8873-5514, e-mail: elizabeth.bernardino@hotmail.com), Enf. Dda. Fernanda Catafesta (Fone: 43 9918-4369, e-mail: fernandacatafesta@yahoo.com.br), Enf. Ms. Ester Ribas (Fone: 41 9673-6400, e-mail: Ester.ribas@terra.com.br) e Enf. Dda. Solange Meira de Sousa (Fone: 41 98103885, e-mail: solangesmj@gmail.com), responsáveis por este estudo poderão ser contatados pelos telefones ou e-mails acima, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e lhe fornecer as informações que queira, antes, durante ou após encerrado o estudo.
- e) Sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- f) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores e quando os resultados forem publicados em revistas científicas, será feito com o uso de códigos de forma que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- g) Todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Neste estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá despesas de qualquer natureza.
- h) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e, sim, um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba _____ / _____ / _____.

Assinatura do Pesquisador.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_ -

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 4

QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO SISTÊMICA

(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO SISTÊMICA		
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA	Engajamento de várias partes interessadas ¹⁵
		Exemplos - Fontes de evidência
A intersectorialidade vem ao encontro com esse propósito, agregando outros setores que possam colaborar com o atendimento das necessidades dos indivíduos. Entretanto, são apontadas dificuldades de integração entre diferentes setores, destacando-se a influência das gestões municipais nesse esse contexto.		<p><i>É dificultoso se ele precisar de outras atividades que saia da área da saúde, dentro da rua da Cidadania ele consegue conversar com outras secretarias, mas especificamente da Saúde é bem dificultoso (C 10).</i></p> <p><i>Eu venho de uma realidade quando eu era enfermeira que a gente tinha muito integrado sabe, educação, saúde, eu achava que as coisas eram muito mais fáceis, o conselho tutelar participava da reunião da rede direto ali, hoje já se perdeu muita coisa. Mas, nessa gestão, eu percebo muita coisa que ainda deixa a desejar (C 5).</i></p>

¹⁵ Não foi possível estabelecer um encadeamento teórico entre as proposições e essa subcategoria, e, dessa forma, não houve relação com os objetivos do estudo.

QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO SISTÊMICA

(Conclusão)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO SISTÊMICA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Princípios de organização do sistema de saúde são consistentes com a dinâmica local
	Exemplos - Fontes de evidência
<p>A participação das gestoras por meio da transmissão de informações, da realização de capacitações e da presença física ou não, favorece a reciprocidade dos profissionais e permite um melhor envolvimento com a rede. A maneira como as gestoras realizam seu trabalho reflete de maneira positiva no trabalho das coordenadoras locais, estimulando suas práticas e fornecendo embasamento para que direcionem suas equipes em prol de um atendimento ao usuário diferenciado e com pouca margem para o insucesso, esse aspecto é ainda melhor visualizado nos coordenadores com formação em enfermagem. A organização do distrito por meio de várias coordenações amplia as possibilidades de alcance dos princípios e diretrizes do SUS, tendo em vista que cada coordenação permite operar o equivalente à uma fração da rede de cuidados. Para tanto é necessário que os profissionais se inteirem de leis e protocolos, para que compreendam seus limites profissionais. Em algumas circunstâncias a não definição de limites para o atendimento às necessidades de saúde acarretam em práticas descritas como paternas, sobretudo porque enxerga-se indo além de suas possibilidades. Ainda nesse rol poderiam ser destacadas as diretrizes e princípios do SUS que subsidiam o trabalho profissional, ainda que não tenham sido pormenorizados, e, embora tenham sido relatadas dificuldades em visualizá-los nas ações cotidianas, de fato eles são o alicerce para que o trabalho em saúde seja executado conforme as necessidades dos indivíduos.</p>	<p>[...] a gente monitora, não pode perder a consulta, tem que vir, e se não vem fazer o exame a gente liga de novo, vai atrás [...] (EN - C 1).</p> <p>Tem as reuniões de conselho onde todos participam e tem o controle social (EN - E 2).</p> <p>[...] eu vejo que o distrito ele tenta atingir, suprir esses princípios do SUS (EN - E 4).</p> <p>Eu acho que o SUS é um pouquinho mãe, então, a unidade ela vai buscar, manda levar, consegue transporte (EN - E 5).</p> <p>[...] última gestão que a gente começou trabalhar a questão do atendimento em rede [...] despertando isso nos profissionais, tanto nos profissionais de área, quanto no prestador [...] é algo que está sendo sensibilizado [...] integração entre a equipe, nessa rede de cuidado [...] (EN - G 4).</p> <p>[...] os profissionais, eles até conhecem os princípios do SUS, mas acaba sendo uma coisa meio utópica no dia-a-dia [...] (EN - E 4).</p> <p>Lei 8080/90 – Foi citada com relação aos princípios e diretrizes do SUS, de maneira superficial (DC).</p>

Fonte: A autora (2019).

Legenda:

- Análise do pesquisador a partir das proposições teóricas.
- EN – Entrevistas
- DC – Documentos

QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO NORMATIVA

(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO NORMATIVA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Cooperação entre os profissionais para a obtenção do cuidado continuado
<p>A cooperação obtida entre os profissionais não significa que suas ações são desenvolvidas todo o tempo em conjunto, mas ao atenderem um indivíduo que demanda vários olhares, não hesitam em buscar auxílio de outro profissional. Nesse caso, os enfermeiros se destacam por sua articulação com outras profissões no atendimento aos doentes crônicos, devido às múltiplas necessidades desses indivíduos, que exigem vários posicionamentos de diferentes profissionais. Nesse contexto, o modelo de cuidado realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família se sobressai. Os profissionais alocados nessas equipes possuem um perfil mais colaborativo; os enfermeiros da ESF são mais cooperativos e se ajustam melhor ao cuidado realizado em equipe. Outro aspecto importante são as equipes NASF, que se destacam em todas as unidades pelo seu trabalho em equipe e pela forma como conduzem o cuidado. Muito se enfatiza da necessidade de apoio do NASF para a consolidação de um trabalho em equipe de maneira mais evidente. Sem o NASF há igualmente trabalho em equipe em dados momentos, no entanto, sem igual teor e solidez. Muitas vezes a dificuldade na cooperação entre os profissionais advém da sua falta de preparo e desconhecimento dessa dinâmica, tanto no que se refere ao acionamento do NASF e ao trabalho em equipe propriamente dito independente do NASF.</p>	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] a eu englobo o NASF, um grupo de profissionais que foram inseridos gradativamente na atenção primária para legitimar o cuidado integral do paciente e da população de uma maneira geral, eu vejo que avançou muito, ele é hoje um trabalho muito mais consistente (EN - G 1).</i></p> <p><i>Principalmente equipes estratégia de saúde da família, não existem trabalhar sozinho (EN - G 3).</i></p> <p><i>[...] no programa de hipertenso e diabéticos, quando a gente faz o atendimento a gente faz as orientações [...] se precisa a gente encaminha pra nutricionista [...] a gente tenta integrar os profissionais [...] (EN - E 8).</i></p> <p><i>Aqui é uma unidade básica, tem a equipe da manhã e a equipe da tarde, tem essa separação, não tem muito convívio de uma equipe com a outra. Diferente de uma ESF que é aquela equipe multiprofissional e eles trabalham em conjunto [...] (EN - E 8).</i></p> <p><i>Existe cooperação, mostram interesse, mas é falho porque às vezes não tenho tanto contato, então sempre vai vir aquela resposta “desconheço este fluxo” (EN - C 15).</i></p> <p>Carteira de Serviços – O documento reforça aos profissionais o cuidado ao indivíduo que sofre de condições de saúde como hipertensão e diabetes (AC).</p> <p>Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2 – Instrumento para atuação das equipes de saúde no diagnóstico precoce e manejo adequado (AC).</p> <p>Manual do hipertenso – Esse protocolo sistematiza a atenção ao hipertenso com o intuito de aperfeiçoar a resolutividade e a qualidade dos serviços (AC).</p>

QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO NORMATIVA

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO NORMATIVA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Missão, visão, valores e cultura são compartilhados por todos, resultando assim na coerência entre os serviços, profissionais e no cuidado¹⁶
Alguns profissionais reconhecem os preceitos ditados pelo Município. Um importante aspecto referido foi a importância de reafirmar em todo momento a respeito da missão e da visão do SUS, tendo em vista que o envolvimento emocional e o desgaste físico dos profissionais os dessensibilizam para o cuidado, tornando-os menos comprometidos. Ainda que a missão, a visão e os valores não sejam de fato compartilhados por todos da mesma forma, nota-se que o atendimento às necessidades dos usuários é um consenso pela grande maioria, ainda que nem sempre relacionem isso a uma norma já estabelecida. Além disso, muitos profissionais não possuem entendimento explícito da missão e da visão da secretária de saúde.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>Eu vejo que esta equipe tem uma responsabilidade com a saúde pública, então mesmo que eles não conheçam o texto da missão, visão e valores da instituição [...] isso é demonstrado diariamente para o paciente e para a população [...] mesmo que não conheçam [...] eles vivenciam [...] (EN - C 11).</i></p> <p><i>A gente tem que estar trabalhando a missão sempre [...] por que o profissional de saúde [...] trabalha [...] a parte mais difícil do ser humano, que é a dor [...] então se você não tomar cuidado ele dessensibiliza, ele cansa [...] porque o comprometimento dele com o paciente não é apenas profissional, é um comprometimento emocional e físico [...] (EN - C 3).</i></p> <p><i>Prestar o cuidado com excelência, com qualidade, atenção, resolutividade, você automaticamente já está cumprindo com a missão institucional [...] essa melhoria da assistência deve ser trabalhada [...] (EN - E 7).</i></p> <p><i>Nem todo mundo tem essa consciência, nem todo mundo sabe. Na verdade, assim, a gente trabalha dentro desse contexto, mas eu acho que nem todo mundo tem conhecimento amplo dessa missão, dessa visão (EN - E 15).</i></p> <p><i>[...] depende de cada um, a gente não tem esse hábito de maneira geral, se você chegar hoje pra algum servidor e perguntar qual é a missão da secretaria muitos não vão saber te dizer (EN - G 2).</i></p> <p>Portal do Município - Missão, visão, valores do SUS Curitiba (AC).</p>

¹⁶ Não foi possível estabelecer um encadeamento teórico entre as proposições e essa subcategoria, e, dessa forma, não houve relação com os objetivos do estudo.

QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO NORMATIVA

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO NORMATIVA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Mecanismos de coordenação informais baseados em valores comuns, cultura e metas profissionais são considerados essenciais
Na ausência de um coordenador, já é implícito que um enfermeiro ou outro profissional de sua confiança assume sua função, de maneira consensual, sem formalidade. Ainda é possível destacar que, entre os profissionais, há os que exercem liderança ou outras funções administrativas, de maneira espontânea e não planejada pela gestão. Outro ponto importante é que os coordenadores locais reconhecem a necessidade de fornecer espaço para que um potencial coordenador informal desenvolva competências favoráveis ao seu desempenho, tornando-se referência para o coordenador local e para a equipe, o que favorece o bom andamento dos serviços e por consequência é uma importante estratégia para a integração dos cuidados, já que permite que as ações não sejam descontinuadas. Os enfermeiros destacam-se como esses profissionais que, na ausência de um coordenador formal, exercem funções administrativas e são o elo de ligação com o distrito. Em que pese o exposto, alguns profissionais não reconhecem a existência dessas coordenações e dos profissionais que podem ser referência na ausência do coordenador, apenas reconhecem as funções estabelecidas em portarias de maneira formal.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>Acredito que todas as equipes têm um coordenador informal, os enfermeiros são líderes natos, exercem essa liderança [...] quando está sem enfermeiro, a equipe fica meio perdida (EN - C 1).</i></p> <p><i>[...] o coordenador participa muito de eventos e reuniões [...] então o compartilhamento de informações tem que acontecer não pode só ficar comigo (EN - C 14).</i></p> <p><i>Eu me vejo como um supervisor de equipe [...] quando esse gestor está ausente quem que responde pelo serviço pela Unidade e pelos funcionários é o enfermeiro, seria dentro da informalidade [...] eles sabem quem é o coordenador quando o gestor não está [...] (EN - E 13).</i></p> <p><i>Na verdade, eu não sei te dizer. É, que eu sei são só os coordenadores que estão no papel mesmo (EN - C 9).</i></p>

QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO NORMATIVA

(Conclusão)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO NORMATIVA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Cuidado com foco no usuário é uma norma importante e orienta o comportamento dos profissionais e dos serviços dentro do sistema
<p>O cuidado é a via final e inicial de todas as ações; como via inicial dispara o planejamento de ações, e como via final estabelece parâmetros de avaliação. Isso é possível quando os profissionais possuem consistência em suas práticas. Nesse sentido, os coordenadores se traduzem em importantes elos de ligação entre a unidade de saúde e o distrito e deste com o Município, e por essa razão uma estratégia fundamental para a integração dos cuidados. O planejamento feito pelos coordenadores no que se refere ao cuidado que será ofertado, leva em conta as características da comunidade, considerando necessidades específicas, ao mesmo tempo, possibilitam que as ações atendam as necessidades individuais de saúde. Dessa forma, no contexto das DCNT, maior atenção é dispendida aos usuários que possuam diabetes, hipertensão, e aos idosos - diante da sua vulnerabilidade e fatores de risco para DCNT. Para tanto, o distrito conta com uma rede de serviços que buscam a integração contínua, priorizando um cuidado de qualidade e efetivo. Muitos profissionais não reconhecem esses fluxos e nem sempre o envolvimento de todos acontece de forma homogênea, além disso, mudanças de gestão são exemplos de situações que podem provocar um choque nas relações entre profissionais, prejudicando o atendimento preconizado com enfoque no usuário. No entanto, há o esforço da secretaria em integrar cada vez mais o distrito, exemplo disso são as interações entre as coordenações dos distritos com as coordenações locais, para viabilizar consultas ou outros procedimentos, orientar fluxos etc. Dessa forma, infere-se que o distrito preconiza o cuidado centrado no usuário, contribuindo para a conformação das redes.</p>	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>Dá-se um jeito [...] o distrito sempre está apoiando e articulando com o nível central e a gente consegue atender esse paciente [...] a necessidade dele (EN - C 7).</i></p> <p><i>[...] essência do enfermeiro é o cuidado, é a assistência, pois nós temos o olhar da tecnologia, da parte administrativa, mas o nosso foco é o usuário, é com esse olhar que eu vim trabalhar aqui (EN - G 1).</i></p> <p><i>[...] voltar mais o profissional pra aquela necessidade daquela comunidade dentro do que ela apresenta de necessidade da saúde então (EN - G 2).</i></p> <p><i>[...] as pessoas são direcionadas conforme o gestor, vejo que já se criou uma ansiedade muito grande porque nós vamos ter troca de gestão (EN - C 10).</i></p> <p>Diário de campo – Reunião de colegiado: preocupação de algumas coordenadoras quanto à necessidade de capacitação sobre urgência e emergência para melhor atender os usuários (DC).</p> <p>Cartilha acesso avançado – Discute-se no distrito a respeito do acesso e organização da agenda dos profissionais. O acesso precisa ser facilitado, para que o usuário consiga atendimento no momento que o procurar (AC).</p> <p>Portal do Município - Ouvidoria - canal de comunicação entre a Secretaria Municipal e a população, por meio de atendimento online, telefônico e pessoal ou por correspondência eletrônica. Permite que o usuário participe de forma ativa da gestão, colaborando inclusive na identificação de demandas que podem ser úteis para a tomada de decisões pelos gestores (AC).</p> <p>Plano Municipal – instrumento norteador da implementação da política de saúde do Município de Curitiba (AC).</p>

Fonte: A autora (2019).

Legenda:

- Análise do pesquisador a partir das proposições teóricas.
- EN – Entrevistas
- DC – Documentos
- AC – Arquivos computadorizados

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO FUNCIONAL

(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO FUNCIONAL	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Gestão do distrito favorece o atendimento das necessidades de saúde
	Exemplos - Fontes de evidência
<p>O Plano Municipal de Saúde se configura como um eixo norteador para que o distrito possa se organizar, em termos de atenção a saúde em rede. Para a organização distrital, o POA é uma ferramenta de gestão que permite operacionalizar as metas discutidas. Em um sentido mais amplo, tais metas repercutem no sistema financeiro do Município, pois muitos procedimentos demandam insumos que serão adquiridos mediante metas cumpridas. Em cada Distrito Sanitário há o equivalente à Secretaria de Saúde, para que a população tenha um acesso mais próximo e seja atendida na sua necessidade. A gestão distrital é compreendida pelo Diretor do distrito e as coordenações responsáveis pela Gestão, Atenção e Vigilância em Saúde. A Coordenação de Gestão garante que o usuário obtenha o cuidado que precisa e no tempo certo, isso se faz mediante o desempenho de funções administrativas relacionadas à recursos humanos, materiais, físicos entre outros, mediadas pela análise de determinado território. Ou seja, as características coletadas a respeito de uma população, de como o serviço de saúde é utilizado, quais profissionais são mais exigidos, quais cuidados de saúde os usuários mais necessitam definem as condutas tomadas. A coordenação de Vigilância em Saúde abrange a Vigilância Epidemiológica que trata das doenças de notificação obrigatória, perfil epidemiológico, vacinação etc; e a Vigilância Sanitária compreende um serviço de fiscalização, punitivo e orientador. A Coordenação de Atenção é voltada para a assistência, incluindo protocolos, capacitações dos profissionais e os fluxos que determinam as ações, ou seja, está intrínseca ao cuidado a ser realizado. Alguns profissionais desconhecem a respeito de fluxos, justificado por um descontentamento a respeito do trabalho realizado no distrito. Algo recorrente e que torna esse contexto ainda mais frágil é a tríade: aumento da demanda por assistência de saúde que dificulta o planejamento das ações; poucos profissionais para dar conta de todos os atendimentos e falta de comprometimento dos profissionais disponíveis em buscar informações e soluções.</p>	<p>[...] o distrito dá apoio para nós nas unidades, então é um facilitador no meio do caminho, é ele quem recebe as informações da secretaria. Na verdade, é um círculo, porque acaba sendo tudo interligado [...] (EN - C 1).</p> <p>[...] segue a hierarquia, eu direciono para a coordenação local e ela para a coordenadora do distrito e ela direciona para a secretaria para a pessoa responsável, então é muito raro nós ligarmos diretamente para a secretaria, geralmente a gente respeita esta questão hierárquica e de responsabilidade de cada um (EN - C 10).</p> <p>[...] nós temos o plano municipal como eixo norteador e temos nos distritos o POA - que é Plano Operativo Anual [...] fica como um plano direcionado ao distrito, então é ali que a gente tem tudo que é realizado, executado em cada unidade de saúde (EN - G 1).</p> <p>Olha para te dizer bem a verdade, nós temos uma coordenadora de assistência no distrito que nos últimos tempos ela tem focado mais na questão de encaminhamento, de fila [...] que da própria assistência [...] (EN - C 10).</p> <p>[...] essa gestão atual deixou bastante a desejar. Eu vejo que as gestões anteriores eram mais presentes, mais participativas, a gente recebia mais informação. Eu acho que está burocratizado demais ultimamente (EN - E 4).</p> <p>Plano Operativo Anual: Ferramenta de gestão que favorece a operacionalização das metas discutidas com as equipes (DC).</p> <p>Plano Municipal: O planejamento das políticas municipais de saúde fornece o direcionamento preconizado pela secretaria quanto ao trabalho em rede (AC).</p>

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO FUNCIONAL

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO FUNCIONAL	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Decisões dos profissionais consistentes com o projeto assistencial
Do ponto de vista de estratégia para integração, ressalta-se que os coordenadores buscam inteirar as equipes nos processos decisórios, no entanto, na maioria das vezes, cabem a eles as maiores decisões. A falta de envolvimento com as situações que exigem tomada de decisão dos profissionais gera insatisfação e sobrecarga de trabalho para alguns coordenadores, dificultando a continuidade da assistência. Outra circunstância destacada é posicionamento dos enfermeiros frente a uma decisão tomada que exigiria prévia discussão com outro profissional de saúde. Desta forma surgem duas nuances, dificuldade em tomar decisões ou posicionamento inadequado e decisões tomadas de forma incorreta. Em todo caso, fica centralizado no médico e no coordenador da unidade a maior parte das decisões, dificultando o trabalho em equipe.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] entendo a gestão como uma gestão bem participativa, sabe? Então todos os processos que são mudados, enfim, se tem alguma alteração no sistema, todos em algum momento participaram dessa definição [...] (EN - C 1).</i></p> <p><i>Tudo isso é discutido [...] na reunião geral da unidade de saúde eu exponho o que eu acredito, eu exponho a minha prática profissional, mas a definição do que vai ser feito ela é uma decisão tomada em conjunto, todos têm que estar envolvidos naquela tomada de decisão [...] (EN - C 3).</i></p> <p><i>É o mesmo poder de decisão. O que diferencia é o profissional. O enfermeiro pode decidir desde que ele discuta com o médico da sua área, muitas vezes o que acontece, ele toma uma decisão por si por que acha que é a melhor decisão, mas não discutiu isso com o colega (EN - C 10).</i></p> <p><i>São compartilhadas entre os profissionais envolvidos, mas eu percebo que normalmente quem define é o médico. Tem mais poder de decisão (EN - C 11).</i></p> <p><i>[...] Os enfermeiros daqui ainda tem dificuldade de tomar decisão. Demanda muito para mim enquanto coordenadora ou para o profissional médico. Sobrecarrega, coisas que poderiam ter sido resolvidas durante uma consulta de enfermagem (EN - C 13).</i></p>

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO FUNCIONAL

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO FUNCIONAL	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Sistema de informação permite a prestação de serviços favoráveis à continuidade do cuidado e ao atendimento das necessidades de saúde
<p>O Sistema de Informação do distrito, o e-Saúde, é mencionado como uma importante estratégia para conectar o distrito, vinculando as equipes clínicas e estabelecendo conexões entre profissionais e usuários, por meio dos registros dos atendimentos realizados. Permite às coordenações do distrito informações que lhes possibilitam se adaptar à realidade da população, por meio dos indicadores, metas cumpridas bem como todas as informações úteis disponíveis. No entanto, para que um profissional de saúde consiga ter conhecimento da história de um usuário que foi atendido em um serviço que não esteja integrado ao distrito pelo e-saúde, no momento do atendimento em uma das unidades de saúde do distrito, é preciso que o indivíduo que procurou assistência reporte toda sua história de saúde, e leve consigo exames entre outras informações pertinentes. A maior parte das queixas relacionadas ao e-saúde e reproduzidas pelos profissionais deste estudo tiveram relação com a dificuldade de comunicação entre todos os serviços da rede. Em que pese o sistema de informação não integrar de fato toda a rede de cuidados do Município de Curitiba, os dispositivos do distrito que estão interligados por meio do e-saúde conseguem dar conta de várias necessidades. Para outras, o telefone e o e-mail também são reconhecidos pelos profissionais como ferramentas favoráveis à comunicação. É válido ressaltar que, a integração é objeto de esforços da gestão, que procura discutir maneiras de desenvolver ações mais integradas, dando autonomia aos gestores de cada serviço para planejar estratégias que favoreçam a continuidade dos cuidados. O e-saúde ainda favorece a elaboração de relatórios pelos profissionais e é por meio dele que o planejamento de metas anuais é realizado, pois armazena as informações necessárias a esse fim.</p>	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>É um e-mail interno da prefeitura que a gente se comunica, o distrito encaminha todas as informações [...] a gente responde por aqui, acho que é bem rápido [...] (EN - C 1).</i></p> <p><i>[...] se não dou baixa no meu sistema não recebo meu pedido [...] isso forçou o funcionário a dar baixa adequadamente [...] (EN - C 10).</i></p> <p><i>[...] a gente trabalha com e-saúde e é tudo registrado ali, então se ele passa pela UPA a gente tem acesso, ele vem encaminhado de lá para dar continuidade na unidade então esse acesso a gente tem como ver (EN - E 14).</i></p> <p><i>Uma coisa que desfavorece um pouco, nem todos os serviços secundários e terciários tem o sistema e-saúde. Então muitas vezes o médico que atendeu lá não faz a contrarreferência, e o paciente as vezes tem dificuldade de transmitir aquilo que o profissional falou, as vezes ele nem entendeu e tem vergonha de dizer que não entendeu (EN - E 4).</i></p> <p>Diário de campo: ZIMBRA - e-mail institucional e por meio do qual são trocadas informações entre os profissionais. Por exemplo, no distrito há um cardiologista que fornece apoio; as solicitações de consulta para essa especialidade são enviadas via e-mail pela Coordenadora de Atenção, e então é agendada consulta quando necessário. E-saúde - Cada funcionário tem uma senha no e-saúde. Todos os registros feitos por um profissional estão em seu login particular. Há várias opções disponíveis na tela inicial do sistema. No item “atendimento”, por exemplo, basta inserir os dados pessoais de um usuário e abre-se uma janela onde se registram todas as informações pertinentes. Os profissionais mencionam que a falta de informações pode incorrer em déficits no cuidado. Há outras opções na tela do sistema: vacinas, encaminhamentos a outros especialistas ou mesmo para atendimento no serviço de emergência; almoxarifado, onde são mostrados os itens disponíveis e o que precisa ser solicitado (DC).</p>

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO FUNCIONAL

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO FUNCIONAL	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Sistema de financiamento permite a prestação de serviços favoráveis à continuidade do cuidado
Os profissionais mencionam alguns aspectos frágeis relacionados ao financiamento, como o não repasse de verbas do governo federal ao municipal; gastos com exames realizados por usuários que apenas os realizam e não buscam conhecer os resultados desses exames; falta de insumos necessários à uma assistência com padrões mínimos de qualidade; fornecedores que foram pagos e não cumpriram prazos ou entrega de insumos, entre outras situações. Os enfermeiros têm potencial para contribuir com a integração nesse contexto, especialmente quando realizam corretamente o planejamento e organização de ações que demandam gastos relativamente altos, como por exemplo, os curativos especiais e a disponibilização de fitas de glicemias aos usuários.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] tem que garantir primeiro a estrutura física e RH, segundo o financiamento você tem que destinar também a educação desses profissionais [...] tem que ter insumos, que é o medicamento e o material para atender esses cidadãos [...] (EN - C 14).</i></p> <p><i>[...] a secretaria planeja o quanto ela vai gastar no próximo ano em atendimento aos portadores de doenças crônicas [...] em cima do que você atendeu, do que procurou e o que foi eficaz nesse atendimento a gente vai fazer o planejamento pro próximo ano até dos gastos do que essa gestão vai ter pra atender essa população de doença crônica (EN - G 2).</i></p> <p><i>[...] percebemos quando falta de insumos de medicamentos ou até mesmo algum prestador que se descredencia [...] não temos nenhum acesso a esta questão do financiamento [...] (EN - C 10).</i></p> <p><i>No geral tem medicamento de hipertensão, dos diabéticos, mas quando é aquele usuário único que precisa atender, por algum material diferente, uma cama hospitalar, um aspirador, complica [...] (EN - C 13).</i></p> <p><i>Eu sou a responsável pelos curativos especiais da unidade, então, faz uns 4 meses que a gente não está recebendo [...] (EN - E 8).</i></p>

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO – INTEGRAÇÃO FUNCIONAL

(Conclusão)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO FUNCIONAL	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Serviço de gestão para o cliente
<p>Todo o portal do Município é de acesso público, dessa forma o usuário pode lançar mão dessa ferramenta para obter as informações não fornecidas por outros meios. Nesse mesmo contexto, a Central de Atendimento e Informações 156, consiste em um canal de comunicação entre a prefeitura com o usuário e fornece atendimento às demandas da população. O serviço de ouvidoria do Município pode ser utilizado pelo portal ou telefone pelo usuário, como ferramenta de interação com os serviços de saúde, emissão de opinião, realizar reclamações, tudo para que seja conhecido seu nível de satisfação quanto ao atendimento recebido.</p> <p>Atualmente há a visão de que a secretaria valoriza os profissionais por outro ângulo, fornecendo oportunidades de capacitação entre outras formas de valorização. No entanto, os profissionais consideram frágil a gestão de recursos humanos; não há um sistema para fornecer retorno a respeito do desempenho dos profissionais. Os profissionais são saudosos a respeito do sistema anterior, que segundo eles fornecia ferramenta de avaliação de desempenho e era um apoio aos gestores.</p>	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] era muita reclamação via 156 [...] hoje se você olhar a minha caixinha ali está vazia! [...] Porque a gente definiu algumas estratégias de serviço (EN - C6).</i></p> <p><i>Os usuários têm quase tudo o que eles precisam, mas um remedinho que às vezes está faltando [...] eles fazem reclamação pelo 156 (EN - E 2).</i></p> <p><i>[...] a ouvidoria [...] muito rico pra qualquer gestão, pra qualquer profissional [...] a comunidade pode ligar lá, criticar, elogiar ou sugerir (EN - G2).</i></p> <p>Cartilha acesso avançado – Com esse documento o usuário pode se inteirar das discussões envolvendo os fluxos de atendimento (AC).</p> <p>Portal do Município (Central 156) – A Ouvidoria recebe e analisa as manifestações dos usuários; envia ao setor competente o que está sendo solicitado; analisa se a decisão tomada; dá o feedback ao usuário; fornece orientações ao cidadão sobre os serviços oferecidos pelo SUS Curitiba (AC).</p>
	<p>Feedback regular dos indicadores de desempenho¹⁷</p> <p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] receber a oportunidade de estudar, fazer um mestrado [...] eu acho que é muito mais é válido [...] (EN - G 2).</i></p> <p><i>A partir do momento que a gente perde o instrumento [...] isso é uma falha da gestão [...] (EN - C 1).</i></p> <p><i>Foi uma perda muito grande para nós como gestores, de uma avaliação que nós tínhamos, que media o índice de qualidade de assistência [...] (EN - C 12).</i></p>

Fonte: A autora (2019).

Legenda:

- Análise do pesquisador a partir das proposições teóricas.
- EN – Entrevistas
- DC – Documentos
- AC – Arquivos computadorizados

¹⁷ Não foi possível estabelecer um encadeamento teórico entre as proposições e essa subcategoria, e, dessa forma, não houve relação com os objetivos do estudo.

QUADRO 8 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA

(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA		
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA	Coordenação da assistência feita pelo enfermeiro
<p>As unidades de saúde valorizam o processo de trabalho do enfermeiro, e pode-se dizer que algumas demandam mais do que outras desse profissional, a depender do perfil da população. Para essas unidades o enfermeiro se traduz no profissional que consegue dar respostas rápidas e boa resolutividade às situações. Se é um enfermeiro que exerce a função de coordenador da unidade ou mesmo cargos superiores a esse, isso agrega em alguns aspectos positivos, dentre eles, boa capacidade de gestão, tendo em vista seu amplo conhecimento do contexto onde está inserido e a sua característica de articulador com a equipe. Em que pese as muitas qualidades do enfermeiro enquanto coordenador, as suas funções são melhor realizadas quando conta com enfermeiros assistenciais igualmente competentes, sobretudo pelo desafio imposto pelo cargo. Caso contrário o coordenador acaba se sobrecarregando ao se responsabilizar por muitas outras funções.</p>		<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] eu sou enfermeira também [...] não tenho agenda de atendimento [...] chega alguma situação [...] eu tenho que avaliar o cidadão [...] (EN - C 2).</i></p> <p><i>[...] um enfermeiro quando vem pra gestão tende a desenvolver mais rápido [...] porque ele conhece o todo, ele é articulador com o médico, com a equipe do NASF [...] o enfermeiro permeia toda a unidade de saúde [...] (EN - G 2).</i></p> <p><i>[...] o Enfermeiro tem uma visão mais ampla, diferencial, que facilita para ela na gestão [...] para o grupo isso acrescenta [...] (EN - G 4).</i></p> <p><i>[...] tem uma unidade que é difícil, os três Enfermeiros são ruins, são pessoas que tem experiência, não são recém-formados, então a gente acaba sendo a referência, a Enfermeira, a coordenadora da unidade, então sobrecarrega outras coisas, e daí acaba fragmentando esse cuidado (EN - G 4).</i></p> <p><i>[...] eu sempre falo nas reuniões “nós temos que saber dizer não”. Tem não que dói e tem não que não dói. Ninguém gosta de dizer não. Então isso cria sim uma questão na equipe, e daí tem aqueles que fazem tudo o que o usuário quer [...] ele sempre é o bom da equipe [...] enquanto os outros que dizem não tem problema (EN - C 6).</i></p>
	<p>Quando um serviço possui como coordenador outro profissional da área da saúde, duas conotações surgem: Primeiro, esse profissional possui uma vivência diferente se comparado a um enfermeiro, e se destaca por sua competência na área em que atua, isso agrega ao cargo exercido; há poucos coordenadores de outras profissões, contudo, entre esses, a maioria chama a atenção pela desenvoltura, diplomacia e tato para gerir a unidade. Segundo, quando o profissional que está a frente da coordenação não possui todos esses atributos, destacam-se outros profissionais na unidade, geralmente enfermeiros assistenciais, que darão apoio técnico necessário, e no fim as necessidades da população são atendidas.</p>	<p>Coordenação da assistência feita por outro profissional da equipe de saúde</p> <p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] gestoras que não são enfermeiras, são envolvidas na assistência (EN - G 1).</i></p> <p><i>[...] desenvolve muito bem o papel [...] o gestor é muito articulador, é muito serviço de diplomacia, de motivar equipe [...] (EN - G 2).</i></p> <p><i>[...] nós temos no grupo, farmacêutico, uma dentista, em outros distritos Psicólogo, tem Fisioterapeuta que está na minha função, que antes era só Enfermeiro e Dentista (EN - G 4).</i></p> <p>Diário de campo - O trato com os usuários e mesmo com a equipe de saúde nem sempre ocorre da forma como é observado na maioria dos coordenadores enfermeiros. Alguns coordenadores de outras profissões não se destacam no que se refere à capacidade de articulação e de comunicação (DC).</p>

QUADRO 8 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	São estabelecidas parcerias entre os profissionais
Os gestores das unidades são mediadores para que se construam parcerias entre os profissionais, que consistem em reuniões informais para tratar de casos específicos e gestão de conflitos conduzida positivamente. As parcerias são tímidas, do ponto de vista do trabalho interdisciplinar, no entanto, são recursos que viabilizam parcerias. Além dos gestores, os enfermeiros, de acordo com sua capacidade gerencial, podem estabelecer contato diário com os outros profissionais e, quando utilizam essa característica em prol do usuário, favorecem a integração. A falta de materiais nem sempre é impeditivo para a realização do atendimento nos serviços. Os coordenadores possuem um canal de comunicação, via aplicativo de celular, onde são disponibilizados desde materiais até vagas com especialistas. Isso adequa a estrutura para as necessidades dos usuários, mesmo quando essa estrutura não possua genuinamente tudo o que é demandado. A falta de parceria entre os profissionais da equipe de enfermagem sobrecarrega o enfermeiro com ações que poderiam ser realizadas pela equipe, como por exemplo, orientações aos usuários para correto direcionamento de fluxos. Em outros casos, o próprio coordenador da unidade por não conseguir obter uma boa parceria com seus funcionários se sobrecarrega igualmente com situações que seriam facilmente resolvidas por outros profissionais da equipe. Nesse sentido, a falta de iniciativa, de postura, de tomada de decisão afetam consideravelmente esse contexto.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p>[...] nós temos WhatsApp para comunicação [...] “estou precisando de sonda uretral número 12, alguém tem?” Então elas fazem “feira” (EN - G 1).</p> <p>Então esse cardiologista entrou em contato com o distrito dizendo que esse eletro estava alterado que a gente precisava encaminhar esse paciente para um serviço de cardiologia com urgência [...] em menos de quatro horas [...] ele veio para a unidade comigo (EN - C 1).</p> <p>Aqui na minha equipe, particularmente, a gente tem uma boa relação interdisciplinar. Então eu, o médico e as auxiliares, a gente tem uma condição de manejar bem isso, de trocar informação [...] preciso de uma consulta [...] tenho a liberdade de abrir a agenda e colocar [...] uma vez por semana a gente discute na reunião de equipe os casos mais relevantes (EN - E 4).</p> <p>Chegou problema aqui eu tenho que descer, eu tenho que atender, eu tenho que ver. De manhã eu tenho dois enfermeiros, de tarde não tenho nada, tenho um só, mas está de Licença. A própria equipe não consegue ouvir, porque a pessoa começou a falar, pode ir lá falar com a chefe (EN - C 6).</p> <p>Hoje um Enfermeiro que faz curativo, é um Enfermeiro que atende gestante, que transcreve exame, tudo é o Enfermeiro. O que sobrou para o auxiliar? Nada! (EN - C 6).</p> <p>[...] eu sempre falo nas reuniões “nós temos que saber dizer não”. Tem não que dói e tem não que não dói. Ninguém gosta de dizer não. Então isso cria sim uma questão na equipe, e daí tem aqueles que fazem tudo o que o usuário quer [...] ele sempre é o bom da equipe [...] enquanto os outros que dizem não tem problema (EN - C 6).</p>

QUADRO 8 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	São definidos papéis e responsabilidades de cada profissional de maneira a oferecer cuidado continuado ¹⁸
Os profissionais seguem as diretrizes da sua profissão específica e ainda o que estiver contido nos protocolos. Além disso, as próprias determinações da gestão, onde alocar cada profissional de acordo com seu perfil, é uma forma de definir papéis e responsabilidades diferenciadas, baseado no cargo assumido. Contudo, há relatos de falta de orientações e de especificações de tarefas, confundindo muitas ações. Essa queixa legítima ainda mais o poder médico diante de situações em que o enfermeiro se sente incapaz de atuar, seja por falta de conhecimento ou por estar diante de situações que, de acordo com sua percepção, não estejam normatizadas de forma clara. Dessa forma, no atendimento ao doente crônico descompensado, muitas vezes o enfermeiro realiza apenas o que é definido pelo médico.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>Os casos mais complexos são discutidos em equipe [...] (EN - C 7).</i></p> <p><i>[...] a primeira coisa é a gestão que define aonde cada profissional vai atuar principalmente pelo perfil (EN - G 3).</i></p> <p><i>[...] como o doente crônico vem descompensado aí é muito específico ao profissional médico, o enfermeiro acaba tendo as suas ações bem definidas pela prescrição médica (EN - C 12).</i></p> <p><i>[...] acaba ficando mais uma consulta médica para resolução do problema crônico sendo que é algo que as vezes pode ser acompanhado pelo enfermeiro (EN - C 15).</i></p> <p><i>[...] deficiência de definição de papel, uma coisa institucional “ao enfermeiro cabe, ao médico cabe, e ao auxiliar de enfermagem cabe” (EN - E 4).</i></p> <p>Destaca-se aqui que no Protocolo de Tratamento de Feridas e nos Manuais de Procedimentos Operacionais Padrão estão descritas as funções do agente comunitário, médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e psicólogo. Esses manuais não foram citados de maneira explícita, no entanto, como os profissionais referiram o termo “protocolos” optou-se por documentar os protocolos disponíveis para consulta (DC).</p> <p>Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2: Destaca funções do agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, auxiliar de consultório dentário, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, farmacêutico e psicólogo (AC).</p> <p>Manual do hipertenso: São descritas as funções do agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico e alguns aspectos da função do fisioterapeuta (AC).</p>

¹⁸ Não foi possível estabelecer um encadeamento teórico entre as proposições e essa subcategoria, e, dessa forma, não houve relação com os objetivos do estudo.

QUADRO 8 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA		
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA	Diretrizes e protocolos são seguidos ¹⁹
Os protocolos mencionados indicam os fluxos a serem seguidos, e, portanto, norteiam a tomada de decisão dos profissionais. Em se tratando de DCNT, foco deste estudo, os protocolos disponíveis encontrados e mencionados pelos profissionais são os do hipertenso e o do diabético, além da carteira de serviços. Com relação ao do hipertenso, há um manual disponível no portal datado de 2003, para o diabético a secretaria utiliza a Diretriz de Atenção à pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2, elaborado em 2010. Alguns protocolos não são atualizados, o que deixa dúvida quanto as práticas realizadas em alguns contextos específicos. A Carteira de Serviços, material importante tendo em vista a preocupação da secretaria com o acesso de qualidade, foi citado uma única vez e no sentido de não estar sendo utilizado pelos serviços. Imperam ainda, nesse contexto, dificuldade de entendimento de fluxos, falta de comprometimento dos profissionais no seguimento das diretrizes e falta de informação ocasionada pelo desconhecimento de protocolos existentes.		Exemplos - Fontes de evidência
		<p>[...] as diretrizes já estão mais ou menos formadas, doenças crônicas do nosso dia a dia são pacientes diabéticos, hipertensos (EN - C 14).</p> <p>[...] o hipertenso, o diabético, principalmente o diabético insulino-independente, eles participam do programa que pegam fitas, então a gente tem que fazer uma leitura mensal e o atendimento é mensal, faz avaliação, verifica as principais queixas e vê o que ele está precisando (EN - E 9).</p> <p>Classificamos eles de muito alto risco, alto risco e baixo risco [...] normalmente muito alto risco tem a diabetes e a hipertensão junto [...] ou não necessariamente ele é hipertenso, mas tem um algum problema no órgão alvo, tipo paciente renal [...] (EN - E 15).</p> <p>Agora não estão sendo seguidos mais [...] agora a gente está retomando esta questão de protocolo para doenças crônicas (EN - C 15).</p> <p>Eu vejo que a gente não tem uma comunicação adequada [...] no computador você vai encontrar umas diretrizes novas, mas que a gente não ficou sabendo, a gente só vai ficar sabendo se a gente ficar fuçando o computador [...] (E 5).</p> <p>[...] a gente tem uma carteira de serviço, nesse momento não está sendo trabalhado, mas a gente chama carteira de serviço (EN - E 13).</p> <p>Carteira de Serviços - A ideia desta carteira é colocar o atendimento as pessoas como prioridade, reforçando aos profissionais de saúde o cuidado ao indivíduo que sofre de diversas condições de saúde, incluindo hipertensão e diabetes (AC).</p> <p>Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2 - Esta diretriz propõe a organização da atenção relacionada à esta doença crônica, pretende ser instrumento para atuação das equipes de saúde no diagnóstico precoce e manejo adequado do diabetes tipo 2 (AC).</p> <p>Manual do hipertenso – Esse protocolo sistematiza a atenção ao hipertenso com o intuito de aperfeiçoar a resolutividade e a qualidade dos serviços (AC).</p>

¹⁹ Não foi possível estabelecer um encadeamento teórico entre as proposições e essa subcategoria, e, dessa forma, não houve relação com os objetivos do estudo.

QUADRO 8 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA

(Conclusão)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DA EQUIPE CLÍNICA	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	A abordagem interdisciplinar é consistente com as necessidades da população²⁰
A abordagem interdisciplinar acontece de maneira isolada, não é algo efetivado necessariamente na prática diária dos profissionais. Apesar do reconhecimento de que todos os profissionais fazem parte do processo de cuidado e que são necessários para que esse cuidado realmente seja ofertado da melhor maneira, ainda é incipiente a interação entre todos e, as trocas de informações ocorrem de maneira não sistematizada. É pontuado uma boa atuação do farmacêutico e do fisioterapeuta, sobretudo decorrente da inserção do NASF no distrito. Os cuidados realizados pelos vários profissionais, incluído nesse rol as equipes NASF, assumem notável importância na rede de saúde do Município.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>Então o fisioterapeuta a gente tem um feedback bom, até porque o fisioterapeuta que está aqui é um profissional muito bom, muito dedicado, é um profissional que trabalha junto com a gente (EN - E 15).</i></p> <p><i>[...] mas eu vejo que os outros profissionais, principalmente o fisioterapeuta, que hoje aqui no distrito a gente vê muito esse, e os farmacêuticos, eles têm um olhar mais disso, de gestão de caso. De gestão de atendimento, do que a gente vai fazer naquela área [...] (EN - G2).</i></p> <p><i>[...] a questão é como os profissionais daqui trabalham com essa situação, na verdade isso é o perfil do profissional, de entender aquele profissional do Nasf como um matriciador, como um profissional que pode ajudar, e não dizer “isso é do médico, quem é ele mero fisioterapeuta para dizer o que eu tenho que fazer” (EN - C 13).</i></p> <p><i>[...] tem muitas falhas no processo dessa abordagem, da forma como cada profissional aborda o paciente. Acho que a gente poderia melhorar (EN - E 11).</i></p> <p><i>[...] só o fato de ter os profissionais, isso não garante a integração. E o que eu vejo hoje, dependendo do perfil do profissional, mais agregador, e até a coordenadora também da unidade. Mas ainda é o grande desafio, e o grande nó do SUS, da instituição (EN - G 4).</i></p>

Fonte: A autora (2019).

Legenda:

- Análise do pesquisador a partir das proposições teóricas.
- EN – Entrevistas
- DC – Documentos
- AC – Arquivos computadorizados

²⁰ Não foi possível estabelecer um encadeamento teórico entre as proposições e essa subcategoria, e, dessa forma, não houve relação com os objetivos do estudo.

QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS		
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA	Gestão dos serviços é voltada às necessidades de saúde dos usuários
<p>Os coordenadores locais permitem aos profissionais alocados em seus serviços oportunidades para que possam se inserir nos espaços onde possuam maior afinidade, bem como há tentativas de estimular a coesão no trabalho em equipe. São ainda responsáveis por garantir um adequado gerenciamento das escalas, permitindo assim que o serviço não pare e o usuário sempre obtenha atendimento naquilo que precisa. O contato próximo com as coordenações do distrito e acesso facilitado permite a resolução de várias situações diárias, tais como priorização de consultas e direcionamento de usuários a outros serviços, no entanto, isso implica em um conhecimento dos fluxos necessários em cada situação. As coordenações exercem importante função de articuladores entre o serviço e o distrito, favorecendo a integração dos cuidados. A atenção às DCNT implica na contribuição diária dos enfermeiros junto ao gestor local, e isso é confirmado quando coordenam suas equipes de enfermagem, fornecendo suporte clínico e gerencial para o desenvolvimento das atividades em grupo ou atendimentos individuais aos usuários na unidade de saúde. Em contrapartida, alguns enfermeiros assistenciais não possuem boa comunicação com a coordenadora local do seu serviço, e isso implica em um posicionamento indiferente em relação ao bom andamento do serviço, repercutindo de maneira negativa no trato com os usuários, na capacidade de solução de problemas e no gerenciamento do cuidado. Ressalta-se que, o maior quantitativo de enfermeiros coordenadores, sugere que, dada a sua formação que lhe permite exercer várias funções, o enfermeiro pode ser considerado um profissional dinâmico e com potencial para contribuir com a integração na rede.</p>		Exemplos - Fontes de evidência
		<p><i>Todos eles têm uma característica específica [...] um enfermeiro que tem aquela característica do atendimento do consultório [...] a gente procura primeiro utilizar o potencial de cada um para o que a gente precisa (EN - C 3). [...] eu tenho que garantir acesso à saúde da população da região [...] equipe para atender e insumo para atender a necessidade do cidadão [...] o papel de gestor é garantir acesso [...] o serviço existe só que dependendo da organização ele fica ruim, bom ou pior (EN - C 14).</i></p> <p><i>[...] tem paciente que eu já conheço pelo nome, já conheço a família, já fui na casa [...] eu faço visita domiciliar, porque tem questões difíceis de manejo [...] vou junto com a equipe [...] (EN -C 10).</i></p> <p><i>Então a gente às vezes que está aqui na ponta não está muito integrado com o que está acontecendo na gestão. Que o nosso contato é só na autoridade local, o que ela passa para a gente fica sabendo e às vezes a gente nem fica sabendo e não tem conhecimento (EN- E 2).</i></p> <p>Cartilha acesso avançado: Fornece informações a respeito das possibilidades de organização do acesso na Atenção Primária; como se preconiza a organização dos fluxos de atendimento e agendamentos (AC).</p> <p>Plano Municipal: Destaca o planejamento das políticas municipais de saúde e o que é preconizado pela secretaria quanto ao trabalho em rede, direcionando o trabalho dos profissionais (AC).</p>

QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Gerenciamento de enfermagem é voltado às necessidades de saúde dos usuários
	Exemplos - Fontes de evidência
Toda demanda relacionada ao processo de trabalho do enfermeiro deve ser embasada em protocolos do Município. No entanto algumas atribuições ou atividades desenvolvidas nem sempre estão contempladas em protocolos, como por exemplo as definições de prioridades em sua agenda, ou quando é necessário supervisionar determinada atividade da equipe de enfermagem. Seja qual for a função desempenhada, o enfermeiro, na maioria das vezes, prioriza os atendimentos voltados às DCNT sempre com foco no usuário, sobretudo é destacado atendimento à usuários hipertensos e diabéticos. Entretanto, o gerenciamento do cuidado é pouco evidenciado e percebe-se que sua realização está atrelada a disponibilidade de tempo, que é nula diante de todas as atribuições do enfermeiro. Em uma tentativa de ponderar as necessidades da população na maioria das vezes é o enfermeiro quem precisa optar por realizar um atendimento clínico em detrimento de uma supervisão, seja por falta de funcionário ou por critério de importância.	<p><i>Você tem que se envolver com essa pessoa, criar vínculos [...] você realmente sabe que está com diabetes e que tem esse pé assim [...] você tem a questão do curativo especial, [...] você vai acompanhar aquela ferida [...] (EN - E 15).</i></p> <p><i>É ele que está ali o tempo integral e que faz a ponte com a equipe técnica, que faz a ponte com a gestora, com a equipe de especialistas [...] (EN - G4).</i></p> <p><i>[...] hoje nós temos um controle de pacientes hipertensos [...] a gente fica muito mais próximos são os de médio e de alto risco [...] (EN - E 7).</i></p> <p><i>O enfermeiro está sobrecarregado de muitas coisas, então, as vezes ele mais corre para lá e pra cá pra tentar resolver as situações que aparecem, as demandas do dia e não consegue mais fazer aquele acompanhamento de prevenção, que é o ideal, seria o ideal. Porque a demanda está aumentando a cada dia (EN- C 9).</i></p> <p><i>Eu sinto que particularmente poderia fazer mais do que eu estou fazendo atualmente, em termos de qualidade. Não em termos de quantidade, mas em termos de qualidade eu acho que a gente pode melhorar, muito mais (EN- E 4).</i></p> <p><i>[...] eles tentam gerenciar o atendimento deles de acordo como o cuidado, mas a grande maioria acho que não tem esse olhar para o cuidado, o quanto do meu cuidado surtiu efeito [...] pelo menos aqui onde a gente trabalha muito pouco se faz, o enfermeiro fica muito no fazer [...] de ter que atender (EN- G 2).</i></p> <p>Protocolo de Tratamento de Feridas / Manuais de Procedimentos Operacionais Padrão: Os manuais citados quando são utilizados favorecem o atendimento sistematizado (DC).</p>

QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Organização dos cuidados é voltada às necessidades de saúde dos usuários
Os profissionais possuem autonomia para decidir como será organizado o cuidado, desta forma a coordenadora local, com respaldo do Distrito Sanitário, define, juntamente com sua equipe, o cuidado que será prestado. Para tanto, o distrito preconiza que o foco deve ser a atenção individualizada respeitando as necessidades de saúde dos indivíduos; a palavra de ordem é acesso , ou seja, independente da abordagem adotada, o indivíduo deve ser atendido na sua necessidade e em livre demanda. Algumas unidades realizam atendimento em grupo de orientação, com data e assunto definidos previamente, outras unidades realizam consultas individuais, e há aquelas que combinam os dois modelos. Nesse sentido, há opiniões bastante polarizadas a respeito dos processos de trabalho efetuados no que se refere ao doente crônico. No caso de consultas individuais, os enfermeiros acreditam que o indivíduo ao ser corresponsabilizado pela sua saúde, precisa procurar a unidade, e, portanto, é protagonista do seu cuidado, ao passo que os profissionais que defendem a realização de grupos afirmam que dessa forma há um controle maior dos usuários portadores de DCNT. Não há um consenso a respeito do que realmente funciona com relação ao atendimento dos usuários com DCNT, e a autonomia em decidir a organização do cuidado acarreta em divergências de opiniões. O Município concedeu esta autonomia para que as equipes pudessem optar pela maneira que consideram melhor, tendo em vista as particularidades de cada área e de cada serviço (processos de trabalho distintos em um mesmo local, unidades que operam como ESF e outras na modalidade convencional ou, em uma mesma unidade as duas modalidades). Assim os coordenadores podem planejar e organizar melhor o cuidado e assim satisfazer as várias demandas de cuidados aos doentes crônicos.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>[...] é porta aberta [...] a gente acaba atendendo e a unidade aqui não tem consulta agendada [...] (EN - C 1).</i></p> <p><i>A unidade manteve os grupos de atendimento para doenças crônicas não transmissíveis (EN - C 1).</i></p> <p><i>[...] é uma unidade estratégia da Saúde da Família, nós temos a divisão territorial, existe alguma diferença de uma equipe para outra, existem equipes que trabalham com o atendimento individualizado focando na questão da doença crônica, verificando medicamentos [...] se está tomando adequadamente, se faz uso correto da insulina, e tem as outras duas equipes que trabalham com grupos mensais, então uma vez por mês reúne-se o grupo de diabético, hipertensos [...] foca um tema neste dia (EN - C 10).</i></p> <p><i>[...] essa unidade tem um olhar de demandar muito para atenção secundária ou para o especialista [...] Demanda bastante pro especialista [...] (EN - C 13).</i></p> <p><i>Deveria ter um meio mais fácil da gente conseguir atender esta demanda [...] complicado você ficar esperando que a população venha [...] ela já vem de uma forma errada, neste foco de doença crônica [...] (EN - C 15).</i></p> <p><i>Livre demanda eles não vêm, a pessoa vem quando quer, o horário que quiser, daí se perde [...] antigamente era programa, não sei porque eles não aceitam a ideia de programa (EN - E 5).</i></p> <p>Protocolo de Tratamento de Feridas / Manuais de Procedimentos Operacionais Padrão: Os manuais citados quando são utilizados otimizam os atendimentos favorecendo a organização dos cuidados (DC).</p> <p>Cartilha acesso avançado: Estimula comunicação entre os profissionais para que o acesso seja facilitado. Além disso, grande relevância é dada à equipe de enfermagem, e no cuidado voltado às DCNT, isso se refere às modificações quanto a forma de atendimento ao usuário; pois haviam dias específicos de atendimento a esse público e, atualmente a equipe de enfermagem segue a organização definida em cada equipe (AC).</p>

QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Serviços oferecem estrutura adequada ao atendimento das necessidades dos usuários
Para prestar cuidado os serviços dispõem de algumas tecnologias que otimizam o cuidado ao usuário e melhoram a qualidade da assistência, como os glicosímetros que são entregues aos usuários e o eletrocardiograma realizado nas unidades. Com os glicosímetros os usuários aferem sua glicemia, e nesse sentido, os profissionais podem ter um melhor acompanhamento desses indivíduos. As unidades também dispõem de aparelhos de eletrocardiograma que são conectados com uma central médica, na qual o médico lauda e envia o resultado. Essa ferramenta é importante aliada no tratamento de doenças cardiovasculares que exigem intervenção rápida, pois a partir do diagnóstico feito todos os serviços (SAMU e hospital) são acionados, reduzindo o tempo no atendimento. Dessa forma, essas tecnologias instituídas por meio de políticas do Município a fim de organizar melhor a assistência, favorecem o cuidado centrado no usuário e são potenciais estratégias de integração na rede, seja por meio da comunicação necessária entre os profissionais para viabilizarem essas estratégias, seja pelo contato entre diferentes serviços que precisam estar aptos para desenvolver as práticas relacionadas ou mesmo pela proximidade que deve ser estabelecida diariamente com o usuário para o sucesso do cuidado. Quanto a estrutura física, as unidades de saúde não são homogêneas, algumas passaram por reformas e nessas os profissionais sentem-se mais satisfeitos. Há unidades de saúde que não possuem espaço físico suficiente e nelas há insatisfação de alguns profissionais, especialmente no que se refere ao espaço saúde, inexistente em alguns serviços. O espaço saúde é fundamental para atendimentos em grupo, reuniões ou quaisquer atividades que demandem uma estrutura física maior. Embora nem sempre a estrutura seja de fato boa, alguns profissionais aceitam que muitas vezes os espaços precisam ser adaptados e que nem sempre uma boa estrutura é sinônimo de que o trabalho executado será melhor.	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p>[...] serviço de eletrocardiograma que agora foram instaladas em todas as unidades que antes a gente não tinha (EN - C 1).</p> <p><i>Está tudo adaptado, a estrutura da unidade ela é adaptada para o que a gente tem aqui, e daí cada um atende no seu espaço físico, mas é de uma forma adaptada e a gente já está acostumado a trabalhar assim, mas se tivesse mais espaço, seria bem melhor. Funciona pelo que a gente tem aqui de espaço e número de pessoas a gente funciona bem, eu acho que de uma maneira geral sim</i> (EN - E 12).</p> <p>[...] o paciente recebe o glicosímetro, dependendo do tipo de diabetes dele, insulínica, então tem muita coisa que avançou também (EN - G 1).</p> <p>[...] a estrutura física precisaria de mais espaço, isso com certeza [...] estou usando esta sala, esta sala aqui é uma sala de avaliação [...] (EN - C 2).</p> <p>[...] a gente se bate um pouco por conta de espaço físico, a unidade é pequena (EN - E 1).</p> <p><i>A gente tenta se organizar nesse espaço da melhor forma possível, mas realmente a nossa população cresceu bastante, então a unidade ela é pequena para atender toda necessidade da população, teria que ser ampliada, a gente usa muito os equipamentos em torno, por exemplo, a gente não tem um espaço saúde pra fazer uma ação</i> (EM - C 7).</p> <p>Diário de campo: A entrega de glicosímetros é feita aos usuários que possuem diabetes tipo 2, cadastrados em suas unidades, para que efetuem o automonitoramento da sua glicemia. Todo mês o usuário vai até a unidade com o aparelho para que seja realizada sua leitura. A disponibilidade de fitas para teste da glicemia está condicionada à correta manipulação do aparelho, mediante número de aferições realizadas e portanto, cabe ao usuário fazer o uso adequado, e à equipe de saúde a correta orientação (DC).</p>

QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Organização dos serviços e ações de saúde priorizam o atendimento de boa qualidade
<p>A organização dos serviços ressalta o atendimento em rede, e nessa rede estão dispostos todos os distritos. Cada distrito oferece ao usuário todos os serviços disponíveis na prefeitura, como educação, meio ambiente, etc. Nesse rol, a saúde é operacionalizada por meio dos vários equipamentos que são interligados por mecanismos de apoio e de gestão. Esses mecanismos podem se traduzir na comunicação diária entre profissionais de várias maneiras - reuniões de colegiados, oficinas realizadas com a diretora do distrito pra rever o planejamento local de cada unidade, gestão de recursos e insumos com base nas necessidades e diagnóstico situacional, capacitações, que favorecem a organização dos cuidados – tudo para favorecer a continuidade dos cuidados. Algumas estratégias facilitam os fluxos de atendimento ao usuário, como o sistema de informação, e-mails e contato telefônico. Uma outra forma que torna possível ao profissional ter conhecimento do fluxo de assistência percorrido pelo usuário é por meio da contrarreferência. Na ocasião desta pesquisa algumas experiências foram relatadas e estiveram relacionadas à troca de informações entre enfermeiros por meio de ligações telefônicas. Uma das grandes dificuldades incidem quando um usuário vai para outro serviço que não faz parte do distrito; o profissional que o encaminhou somente obtém algum tipo de feedback por intermédio do próprio usuário, quando este retorna ao serviço. Alguns entraves como encaminhamentos para especialidades ou demora nas filas são situações onerosas, que nem sempre acontecem de maneira automática. Um atendimento, seja ele de qualquer natureza, pode por vezes não ser no tempo ideal que o indivíduo necessita, as filas podem ser grandes o que acarreta em muitos meses até que o indivíduo seja atendido. Dessa forma, esses obstáculos comprometem a integração em determinadas circunstâncias. Apesar disso, há um grande empenho em integrar cada vez mais a rede, articulando os serviços e os profissionais, no entanto, essa meta é alcançada com maior sucesso dentro do próprio distrito.</p>	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>Então esse cardiologista entrou em contato com o distrito dizendo que esse eletro estava alterado que a gente precisava encaminhar esse paciente para um serviço de cardiologia com urgência (EN - C 1).</i></p> <p><i>Sim, esta dificuldade por falta de vaga disponível, mas assim quando a gente precisa acaba priorizando entrando em contato as vezes com o prestador para tentar, aqui dentro as vezes é até um pouco mais fácil, dentro da rede mesmo, que a gente consiga encaminhar por exemplo endócrino é aqui dentro mesmo, dependendo do caso prioriza (EN - E 9).</i></p> <p><i>Para que isso ocorra o paciente tem que estar muito bem respaldado, tanto pelo atendimento médico e tanto pelo serviço de diagnóstico, ele tem que ser encaminhado de maneira muito clara dentro da rede, o atendimento médico tem que ser muito bem realizado para que o encaminhamento ao serviço ou diagnóstico seja efetivo e para que ele consiga depois desenvolver isso nas outras etapas da rede, se ele não tiver um bom atendimento na atenção primária ele não consegue ir para frente e é isso que a gente percebe (EN - C 3).</i></p> <p><i>[...] serviço de emergência tira do estado agudo e ele entra na fila de espera e ali ele vai ficar, neste tempo que ele fica ele agudiza várias vezes (EN - C 11).</i></p> <p><i>Pode ser oneroso. Por exemplo, eu tenho urologista aqui no Vila Hauer, do lado do nosso terminal, dentro do nosso Distrito Sanitário, e às vezes sai um urologista lá do outro lado da cidade (EN - C 13).</i></p> <p><i>[...] se eu encaminhar para um serviço hospitalar eu perco. Fica perdido (EN - C 3).</i></p>

QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

(Continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Prestação dos cuidados de enfermagem é condizente com as necessidades individuais
<p>A prestação de cuidados de enfermagem está muito atrelada com o perfil de cada equipe e do comprometimento de cada profissional com o cuidado. Nessa perspectiva, muitos profissionais desempenham suas funções com maior rigor e cautela, priorizando o atendimento com base nas necessidades de saúde, construindo a assistência diariamente em conjunto com o enfermeiro e se engajando para que realmente seja prestado um cuidado de qualidade. Para que o cuidado de fato aconteça nos moldes preconizados pelo Município, os profissionais da equipe de enfermagem precisam abarcar responsabilidades e se comprometer diariamente. Esse nível de responsabilidade geralmente recai com maior intensidade para o enfermeiro, o que acarreta em maior dependência da sua equipe e por vezes, menor comprometimento. A atenção às DCNT exige profissionais engajados, que respondam rapidamente às demandas, e, nesse sentido, o enfermeiro assume vários aspectos da assistência, e é muito solicitado tanto pela gestão para a prestação de informações, quanto pelos usuários, para a resolução de problemas.</p>	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p><i>Esta equipe aqui é boa, é uma equipe que trabalha, que se articula, que está se ajudando, que quando chega uma emergência estão prontos [...] (C 2).</i></p> <p><i>[...] os que mais tem contato com os pacientes [...], muitos tem um vínculo muito grande com os pacientes [...] (E 11)</i></p> <p><i>[...] é uma característica do enfermeiro, do profissional de enfermagem, ele está muito integrado porque a parte de cuidado está implícita no cargo de vocês, na formação de vocês (G 3).</i></p> <p><i>A equipe de Enfermagem ainda ela é mandada, ela tem que ser delegada, eu falo “vocês não têm decisão própria, vocês gostam de ser mandados” (EN - C 6).</i></p> <p><i>Eu acho que depende muito de cada profissional, infelizmente, do perfil [...] tem alguns que a gente nem conta, sabe que não vai fluir, [...] (EN - E 4).</i></p> <p>Diário de campo - Foi observado durante as entrevistas que o “cuidado é o início de tudo”, e o coordenador local precisa constantemente amparar seu processo de trabalho nesse aspecto. O cuidado é o que impulsiona todas as tomadas de decisões, é o carro-chefe de qualquer unidade, sem ele realmente não há enfermagem. No entanto, a enfermagem é apontada como sendo “tarefeira” por vários participantes do estudo, e nesse rol enfermeiros, técnicos e auxiliares; o que é intrigante nesse contexto é que essa característica foi sendo desenvolvida dada a necessidade da população que assim exige. É difícil resistir contra o fluxo de demanda, onde imperam várias necessidades que precisam às vezes serem atendidas com muito maior prontidão do que o serviço ou as pessoas são capazes de ofertar (DC).</p> <p>Cartilha acesso avançado – A cartilha destaca a importância do trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem para melhoria do acesso, com ênfase nos fluxos de atendimento e nas suas responsabilidades, e nesse sentido contempla que o cuidado ao doente crônico deve ser de acordo com a organização definida por cada equipe (AC).</p>

QUADRO 9 – MATRIZ DE ANÁLISE: DIMENSÕES DA INTEGRAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS

(Conclusão)

CATEGORIA DE ANÁLISE: INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	
ANÁLISE A PARTIR DAS PROPOSIÇÕES	SUBCATEGORIA
	Os usuários são envolvidos no seu processo de cuidado e têm responsabilidade compartilhada
<p>O autocuidado deve ser incentivado durante os atendimentos, responsabilizando os indivíduos por sua saúde e doença; isso é muito requerido dos pacientes diabéticos, pois seu nível de comprometimento é diretamente proporcional ao sucesso das terapias executadas, tanto na atenção com a mensuração da sua glicemia, quanto no cuidado com a dieta e em outros aspectos quando sua doença encontra-se mais avançada, como é o caso daqueles pacientes que possuem pé diabético ou outra lesão que demande curativo especial na unidade. No caso dos glicosímetros, seu uso pelo usuário é possível mediante sua corresponsabilidade. O enfermeiro se caracteriza aqui como o profissional que está na linha de frente na assistência aos doentes crônicos, portanto, dele é demandado maior responsabilidade e comprometimento na prevenção e acompanhamento desses usuários. Esse fato o coloca em situações delicadas quando o usuário o nomeia como principal responsável pela sua saúde. O indivíduo portador de doença crônica nem sempre se reconhece como aquele com maior responsabilidade pelo seu próprio cuidado, e isso é confirmado em cada reclamação feita, em cada agudização que poderia ter sido evitada com um melhor controle de dieta e realização de exercícios ou em cada situação onde é nítida a falta de comprometimento com seu tratamento.</p>	<p>Exemplos - Fontes de evidência</p> <p>[...] os enfermeiros são muito responsáveis na orientação do autocuidado [...] mas a base de tudo é o envolvimento do usuário (EN - C 1).</p> <p>[...] nós estamos trabalhando muito a questão do autocuidado e evitar aquela ação paternalista que fazíamos há uns anos atrás [...] nós investimos muito na educação e no autocuidado (EN - C 11).</p> <p>[...] o Enfermeiro orienta muita coisa, orienta o autocuidado, orienta o diabético como é que se tem que fazer teste da glicemia [...] aplicar insulina, os enfermeiros fazem bem isso, isso na verdade é o enfermeiro [...] tem pacientes que claro tomam conta do seu autocuidado plenamente [...] (EN - C 4).</p> <p>A gente procura trabalhar com isso [...] empoderar o paciente (EN - E 1).</p> <p>[...] a gente ainda é muito impositor, chega e fala que a partir de amanhã não pode mais comer doce [...] não leva em consideração qual é o hábito de vida e em que contexto social que ele está inserido [...] é muito impositivo por parte do profissional o método de tratamento, o paciente também não é ouvido e não se responsabiliza pelo cuidado dele (EN - C 7).</p> <p>[...] eles não se responsabilizam. Aham que tudo é a unidade [...] eles querem jogar toda a responsabilidade mesmo para saúde [...] (EN - C 9).</p> <p>A gente tem que criar algumas estratégias. Mas é algo que a gente corresponsabiliza o paciente porque ele vê que o SUS é maravilhoso, é muito bom, todos têm acesso livre, universal, só que ele acaba gerando algo ruim ao meu ver, que é um pouco de “se eu não for na consulta não tem problema é do SUS mesmo” Então o usuário acaba muitas vezes não valorizando a conquista dele (EN - E 11).</p>

Fonte: A autora (2019).

Legenda:

- Análise do pesquisador a partir das proposições teóricas.
- EN – Entrevistas
- DC – Documentos
- AC – Arquivos computadorizados

ANEXO
PARECERES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36975914.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 888.681

Data da Relatoria: 11/11/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado "Estratégias de Integração em Rede: contribuições do enfermeiro", sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Dra. Elizabeth Bernardino e da equipe de pesquisa Fernanda Catafesta e Ester do Nascimento Ribas, conta com a colaboração da Direção de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba e do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde -GPPGPS do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de Projeto Guarda-Chuva com 3 metodologias diferenciadas à saber: Pesquisa-Ação, Teoria Fundamentada nos Dados e Pesquisa Exploratória, constituído como um conjunto de estudos que visa elucidar como é operacionalizada, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção - com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

1- Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contrandriopoulos et al (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 888.681

2- Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação, como estratégia de integração na rede SUS Curitiba.

3- Construir uma teoria que explicita a vivência dos enfermeiros e usuários para a integração de cuidados na rede de atenção à saúde.

4- Propor estratégias de integração dos cuidados para a rede de atenção à saúde SUS/Curitiba

Objetivo Secundário

1. Apreender como os gestores compreendem a integração na rede SUS/Curitiba;
2. Apreender como o enfermeiros gestores compreendem a integração na rede SUS/Curitiba; 3. Entender como é o atendimento às DCNTs na rede SUS/Curitiba, na perspectiva da integralidade.
4. Apreender as estratégias de integração utilizadas para o atendimento às DCNTs.
5. Apreender as estratégias de integração utilizadas na rede SUS/ Curitiba.
6. Apreender como as dimensões da integração se correlacionam entre si.
7. Identificar os aspectos inerentes a cada dimensão da integração presentes na rede SUS/Curitiba.
8. Conhecer a dinâmica atual de referência e contra-referência.
9. Conhecer as dificuldades dos enfermeiros para a contra-referência no HC e nas UBS.
10. Conhecer o perfil de cuidado dos pacientes que saem do hospital com uma contra-referência para as Unidades de Saúde.
11. Estabelecer um fluxo entre o hospital e a UBS.
12. Elaborar protocolos de alta para as principais demandas de cuidado.
13. Elaborar um modelo teórico que demonstre, a partir da vivência dos enfermeiros e usuários, como se desenvolve o processo de integralidade do cuidado de enfermagem dentro da estratégia de integração em rede.
14. Conhecer a experiência de enfermeiros de outros centros que trabalham na perspectiva da integralidade/integração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

No que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde, ocasião em que será firmada junto aos participantes desta pesquisa que sua identidade permanecerá no anonimato, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais. Este aspecto diz respeito à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos.

Os participantes não correrão nenhum risco e serão beneficiados, pois contribuirão para uma maior compreensão sobre as estratégias para a integralidade do cuidado de enfermagem. As

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 888.681

instituições serão esclarecidas quanto ao objetivo desta pesquisa, dessa forma não é esperado nenhum risco; entretanto, se os enfermeiros, gestores ou usuários que se sentirem constrangidos, impedidos de falar por qualquer motivo, isso será levado em consideração, pois sua opinião é importante, desta forma a pesquisa pode ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada.

Benefícios

Os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. O maior beneficiado com a pesquisa serão os serviços participantes, bem como o município em um aspecto abrangente, que poderá reorientar ou não a seu critério suas ações de forma que sejam mais adequadas em relação à integralidade/ integração da rede, mediante os resultados apresentados.

As entrevistas serão agendadas previamente, sendo realizadas quando e no local que melhor convier ao participante, podendo, portanto ocorrer nas dependências do Hospital de Clínicas da UFPR ou nas dependências das unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Com base nos resultados esperados, acima relatados, a pesquisa é relevante.

O projeto está muito bem redigido, com fundamentação teórica de sustentação tanto ao objeto de estudo quanto à metodologia da pesquisa adequada aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e as pendências apontadas no Parecer Consubstanciado CEP nº 848.744, expedido em 29/10/2014, foram atendidas, a saber:

- 1) SMS foi incluída como instituição coparticipante.
- 2) Esclarecimentos sobre a participação das enfermeiras canadenses, assim justificada pela pesquisadora responsável: "O papel das enfermeiras canadenses será de participação como entrevistadas a respeito da vivência das mesmas com relação a integração dos cuidados na rede onde elas estão inseridas. Elas participarão da etapa da pesquisa na qual a metodologia será a Teoria Fundamentada nos Dados. [...] Pretende-se realizar um contato por vídeo conferência com as enfermeiras que a pesquisadora principal Prof. Dra. Elizabeth Bernardino já tem contato devido ao seu doutorado sanduiche neste local. Desta forma, elas serão convidadas a participar da pesquisa, sendo enviando previamente o TCLE adaptado para o francês por e-mail sendo aguardado seu retorno devidamente assinado. Em seguida, serão agendadas as entrevistas por vídeo conferência."

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 888.681

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1) Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

2) O pesquisador deverá aguardar o Parecer Consubstanciado de Coparticipação do CEP/HC APROVANDO o projeto, para então dar início a pesquisa. Se houver necessidade de alteração do Cronograma em virtude desse trâmite, solicitar prorrogação de prazo através de emenda, alterando o Cronograma no sistema PB.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 888.681

CURITIBA, 27 de Novembro de 2014

Assinado por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36975914.5.3002.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 944.669

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

Em conformidade com parecer de ética aprovado pelo CEP UFPR/SCS.

Objetivo da Pesquisa:

Em conformidade com parecer de ética aprovado pelo CEP UFPR/SCS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade com parecer de ética aprovado pelo CEP UFPR/SCS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em conformidade com parecer de ética aprovado pelo CEP UFPR/SCS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

O projeto atendeu recomendações do relator.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 944.669

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP/SMS-Curitiba segue o parecer do relator.

CURITIBA, 04 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br